

| | | |
|--------------------------------|--------|-------|
| フリガナ | 性別 | カルテID |
| 氏名 | 男 ・ 女 | |
| 生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳) | | |
| 住所 〒 | | |
| 携帯電話番号 | 自宅電話番号 | |

・今回希望の健診内容を教えてください

雇用前健康診断(身長・体重・BMI・腹囲・血圧・心電図・聴力・視力・採血・検尿・胸部レントゲン)

定期健康診断(身長・体重・BMI・腹囲・血圧・心電図・聴力・視力・採血・検尿・胸部レントゲン)

※採血項目(血色素量・赤血球数・AST(GOT)・ALT(GPT)・γGTP・LDL・HDL・TG・グルコース(血糖)) 尿検査項目(尿糖・尿蛋白)

・上記以外のご希望、会社から受けるように言われている項目がありましたら教えてください。

()

・今までに解体業などの粉塵・アスベストを吸い込む恐れのある職業や、放射線被ばくの恐れのある職業に従事したことはありますか？ ある・ない ※あるの方は下記もご記入をお願いします

()

・今までにかかったことのあるご病気、または現在治療中のご病気はありますか？

ない 高血圧 糖尿病 脂質異常症(コレステロール) 高尿酸血症(痛風) 心臓病

ペースメーカー植込 喘息 腎臓病 脳血管疾患 前立腺肥大症

甲状腺機能(亢進症・低下症) がん()

その他()

・今までに手術を受けたことはありますか？ ある・ない ※あるの方は下記もご記入をお願いします

いつ頃() 病名() 手術名()

・アレルギーはありますか？ ある・ない ※あるの方は下記もご記入をお願いします


()

・普段飲んでいるお薬はありますか？ ある・ない (お薬手帳 あり・なし)

・女性の方へお聞きします。 現在、妊娠中またはその可能性はありますか？授乳はされていますか？

あり(妊娠 月)・ない・わからない・授乳中

ご記入ありがとうございます。

 南流山内視鏡おなかクリニック
MINAMI-NAGASAKI ENDOSCOPY CHAKA CLINIC

【看護師記載欄】

| | | | | |
|---|-----------------------------|---|--------------------------------|------------------------------|
| 身長 | cm | 視力 | 右 | / |
| 体重 | kg | 裸眼 / 矯正 | 左 | / |
| 腹囲 | cm | 聴力 | 右 | 1000Hz () |
| BMI | | | | 4000Hz () |
| 血圧 | ① / | | 左 | 1000Hz () |
| | ② / | | | 4000Hz () |
| 検査実施チェック | <input type="checkbox"/> 採血 | <input type="checkbox"/> 検尿 | <input type="checkbox"/> 胸部X-P | <input type="checkbox"/> EKG |
| <input type="checkbox"/> 業務歴 あり・なし <input type="checkbox"/> 自覚症状 あり・なし <input type="checkbox"/> オプションあり・なし <input type="checkbox"/> 入力ダブルチェック(/) | | <input type="checkbox"/> 院内書式 <input type="checkbox"/> 指定用紙持参 [受け渡し] <input type="checkbox"/> 郵送 レターパック (宛名記載 未・済) <input type="checkbox"/> 受取来院 当日夕方17:30以降 (/ 来院) | | |