

**健診・その他**

フリガナ		性別	
氏名		男・女	
生年月日	大・昭・平・令	年齢	歳
住所	〒	自宅電話番号	
		携帯電話番号	

1. これまでに次の病気(ケガ)にかかったことはありますか？
高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 糖尿病 脳卒中 前立腺肥大 緑内障
高脂血症(コレステロール) 高尿酸血症(通風) ぜんそく 甲状腺 骨粗鬆症
花粉症() その他(いつ)
2. 飲んでいる薬がありますか？ いいえ はい
3. 薬・食物アレルギーがありますか？
いいえ はい 薬剤名： 食物名： 症状：
4. 業務歴をご記入ください。()
5. 領収証に宛名が必要な方は、宛名をご記入ください。
 ()
6. 女性の方のみ お答えください。
 ●妊娠中ですか？ いいえ はい 可能性あり ●授乳中ですか？ いいえ はい