

健康状態問診票

令和 年 月 日

氏名

つぎのとおり申告します。

記

性別	男 ・ 女	生年月日	昭和 平成 年 月 日生(歳)
身長	cm	体重	kg
視力	右 (矯正) 左 (矯正)	聴力	右 正常 ・ 難聴 左 正常 ・ 難聴
既往症	有 ・ 無 (有の場合は、病名、発症年月日及び現在の状況を記入して下さい。) 病 名 : 発症年月日 : 現在の状況 : 次の疾患に罹患されたかどうか、該当するところに○をつけて下さい。 麻疹 (有 ・ 無 ・ 予防接種済み ・ 不明) 水痘 (有 ・ 無 ・ 予防接種済み ・ 不明) 風疹 (有 ・ 無 ・ 予防接種済み ・ 不明) 流行性耳下腺炎 (有 ・ 無 ・ 予防接種済み ・ 不明)		
血圧	概ね ～ mmHg	睡眠状態	良好 ・ 不眠がち
ツベルクリン 反応	陰性 ・ 陽性 ・ 不明	貧血	正常 ・ 貧血ぎみ
HB抗原	－ ・ ＋ ・ 不明	その他	
アレルギー	無 ・ 有()		

JCHO 北海道病院