

## 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 )			
現病歴	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 :			
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( )			