

# 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

生年月日	昭和 年 月 日生 ( 歳 ) 平成		
性別	男 ・ 女	身長	cm
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 :		
睡眠状態	良好 ・ 不眠がち		
HB抗原	- ・ + ・ 不明		
アレルギー	無 ・ 有 ( )		