

ふりがな  
お名前

---

- ① 現在地赴任年数： \_\_\_\_年 \_\_\_\_ヶ月
- ② 眼鏡(コンタクトレンズ)を普段ご利用ですか？ (使用している・使用していない)
- ③ 現在内服しているなどの治療中の病気がありますか？ (あり・なし)
- ④ 既往歴、その他かかった病気を選んでください。 (外傷、手術、その他あればご記入ください。)
- <循環器> ・不整脈 ・狭心症 ・心筋梗塞 ・弁膜症
- <呼吸器> ・喘息 ・肺炎 ・気管支炎 ・結核 ・気胸
- <消化器> ・胃十二指腸潰瘍・胃炎 ・肝障害 ・肝炎 ・膵炎 ・胆嚢炎 ・胆石症
- <泌尿器> ・腎炎 ・前列腺炎 ・腎盂炎 ・尿路結石
- <脳神経> ・てんかん ・脳炎 ・髄膜炎 ・脳梗塞 ・脳出血
- <アレルギー> ・アトピー性皮膚炎 ・蕁麻疹 ・アレルギー性鼻炎
- ・食物アレルギー ( ) ・薬物アレルギー ( )
- <感染症> ・ Dengue 熱 ・ マリヤ ・ A 型肝炎 ・ B 型肝炎 ・ C 型肝炎
- <外 傷> なし・あり ( )
- <手 術> なし・あり ( )
- <その他> なし・あり ( )
- ⑤ 健康診断を定期的に受けていますか？ ・毎年受けている ・ \_\_\_\_年ぶり ・今回初めて
- ⑥ 以下の検査で異常を指摘されたことがありますか？ ある方のみ、内容をご記入ください。
- <心電図> 未検査・異常なし・あり ( )
- <胸部 X 線> 未検査・異常なし・あり ( )
- ⑦ 肝炎の予防接種を受けたことがありますか？ A 型肝炎 (あり・なし) B 型肝炎 (あり・なし)