

身体検査基礎告知書

氏名	
----	--

令和 年 月 日記入

I 現在のあなたの身体状態についてお聞きします。次の項目の括弧内を記入してください。

- ① 身長 () cm、 体重 () kg
- ② 視力 (次の項目に該当する場合は、項目を○で囲んでください。)
- ・色盲 ・色弱
- ③ 聴力 (括弧内のいずれかを○で囲んでください。)
- 右 (正常・難聴) , 左 (正常・難聴)
- ④ 障害の有無 有 (身体障害者手帳/障害者手帳 級) ・ 無

II 現在のあなたの身体症状についてお聞きします。次の該当する番号を○で囲んでください。

- i 特に具合の悪いところはない。(元気である。)
- ii 次のような自覚症状がある。(該当する項目を○で囲んでください。)
- 元気がない だるい 食欲不振 疲れやすい 頭痛がする
吐気がする 胃が痛い 下痢をする 便秘をする 不眠症である
腰痛がする 関節が痛い 動悸がする 息切れがする 息苦しい
脈が飛ぶ (不整脈) 視力障害 耳鳴りがする 発熱がする
目眩がする 立眩みがある
- iii その他 (なんらかの症状を感じている場合、余白に自由に記入してください。)

III 既往症

これまでにかかった病気についてお聞きします。次の該当する番号を○で囲んでください。

- i 特に大きな病気をしたことがない。(これまで全く健康であった。)
- ii 病気をしたことがある。(下欄に病名と時期・期間を記入してください。)(慢性のもの又は入院、手術等の症状の重いもので、風邪等の症状の軽度なものは除きます。)

病名	時期	期間
	時期 年 月頃	・ 期間 ~ 年 月頃まで
	時期 年 月頃	・ 期間 ~ 年 月頃まで
	時期 年 月頃	・ 期間 ~ 年 月頃まで