

健康状態問診票

平成 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
<p>・既往症 有 ・ 無</p> <p>(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)</p> <p>病 名 :</p> <p>発症年月日 :</p> <p>現在の状況 :</p> <p>・つぎの疾患の罹患と予防接種について、該当するところに○をつけてください。</p> <p>麻 疹 (有 ・ 無 ・ 予防接種済み ・ 不明)</p> <p>水 痘 (有 ・ 無 ・ 予防接種済み ・ 不明)</p> <p>風 疹 (有 ・ 無 ・ 予防接種済み ・ 不明)</p> <p>流行性耳下腺炎 (有 ・ 無 ・ 予防接種済み ・ 不明)</p>			
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
H Bs 抗原	— ・ + ・ 不明	そ の 他	
アレルギー	無 ・ 有()		