

健康診断書が無い場合に利用して下さい。必ず事実を申告して下さい。

健康状態申告シート

年 月 日

フリガナ 氏 名	Ⓜ	生年月日 年 齢	年 月 日 歳
住 所		血液型	型
身長・体重	身長： m cm 体重： Kg		
視力	右 () 左 () 眼鏡等 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> なし 色覚異常 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> なし		
聴力	右 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや聞こえにくい <input type="checkbox"/> 難聴 左 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや聞こえにくい <input type="checkbox"/> 難聴		
血圧	上 () 下 ()		
通院について	<input type="checkbox"/> 通院していない <input type="checkbox"/> 通院している 病名 ()		
服用薬について	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 常時服用している薬がある 薬名 ()		
その他、申告すべき事項について	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()		