

# 健康診断記録票

※太線枠内について記入して下さい。

氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年 月 日 ( 才 )	連絡先電話番号	- -
住所			
ヨウ素剤服用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
現在治療中の病気 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 病名：			
過去にかかった病気 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 病名：			
現在の自覚症状 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 症状： <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 疲労 <input type="checkbox"/> 脱力 <input type="checkbox"/> その他：			
今回の災害に関して不安に思うこと			
皮膚の状況 <input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり 所見：			
臨床検査 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
その他の身体所見 <input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり 所見：			
高次医療機関への紹介 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 紹介 (施設名： )			

医師 \_\_\_\_\_