

メディカルチェックシート

心電図検査 (職員記入)			
質問事項 ※病名が分かれば、該当の疾患にチェックをつけて下さい。			回答欄
1	心臓病と診断されていますか。 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> その他 ()	はい	いいえ
2	不整脈と指摘を受けたことはありますか。	はい	いいえ
3	脳の病気と診断されたことはありますか。 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> その他 ()	はい	いいえ
4	血管の病気と診断されたことはありますか。 <input type="checkbox"/> 大動脈瘤 <input type="checkbox"/> 動脈硬化 <input type="checkbox"/> その他 ()	はい	いいえ
5	高血圧と指摘を受けていますか。	はい	いいえ
6	糖尿病と診断を受けていますか。	はい	いいえ
7	コレステロール値や中性脂肪で異常を指摘されたことはありますか。	はい	いいえ
8	骨粗しょう症または骨密度が低いと指摘を受けたことはありますか。	はい	いいえ
9	がんと診断されたことはありますか。 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> その他 ()	はい	いいえ
10	肺の病気と診断されたことはありますか。 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()	はい	いいえ
11	肝臓の病気と診断されたことはありますか。 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 脂肪肝 <input type="checkbox"/> その他 ()	はい	いいえ
12	腎臓の病気と診断されたことはありますか。 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> その他 ()	はい	いいえ
13	体に痛みはありますか。 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> その他	はい	いいえ
14	体に痺れはありますか。 <input type="checkbox"/> 上半身 <input type="checkbox"/> 下半身 <input type="checkbox"/> その他 ()	はい	いいえ
15	メタボリックシンドロームと診断されたことはありますか。	はい	いいえ
16	眼の病気はありますか。 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他 ()	はい	いいえ
1～4の質問事項に該当する場合、入会許可は医師の判断が必要となります。			

本人 記入欄	上記、申告内容に相違ありません。 署名	年 月 日
-----------	-----------------------------------	-------