

健康状況調査表

会員No	
氏名	

当てはまる箇所に○またはご記入してください。

目	1. 異常なし 2. 支障あり ア、ものが見えにくい。 イ、その他(具体的にお書きください。)
眼鏡等の使用	1. あり 2. なし
耳	1. 異常なし 2. 支障あり ア、聞きにくい。 イ、その他(具体的にお書きください。)
補聴器の使用	1. あり 2. なし
手	1. 異常なし 2. 支障あり ア、手が震える。 イ、その他(具体的にお書きください。)
足	1. 異常なし 2. 支障あり ア、歩行困難である。 イ、その他(具体的にお書きください。)
腰	1. 異常なし 2. 支障あり ・具体的にお書きください。
血圧	1. 低い 2. やや低い 3. 普通 4. やや高い 5. 高い ア、薬を服用している。 イ、治療はしていない。
既往歴	1. 脳梗塞 (年前) 2. 心筋梗塞 (年前) 3. その他 (具体的にお書きください。) 4. なし
治療中	1. 糖尿病 2. 心臓病 3. 高血圧 4. 高脂血症 5. 肝臓病 6. その他 (具体的にお書きください。) 7. なし
その他	1. 定期的に健康診断をしている。 2. 主治医と随時健康相談をしている。 3. 二年以上健康診断はしていない。

所見	丈夫	普通	弱	その他		担当者	係長	事務局長	PC入力
個人情報保護法第17条に基づき本人同意済み					年	月	日	担当者	印