**ヘルスチェックシート**

事前にご記入の上、健康診断の受付時にご提出ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 従業員番号 |  | 所属 |  |
| 氏名 |  | 内線番号 |  |

**■最近の健康状態について、「Yes」か「No」に印を付けてください。**

* 夜、頭が冴えて寝つきが悪い □Yes □No
* いびきをかく □Yes □No
* 朝、目覚めが悪く頭が重い □Yes □No
* 頭がぼんやりする □Yes □No
* 立ちくらみやめまいを起こしやすい □Yes □No
* 視力がおちた気がする □Yes □No
* 食欲がない □Yes □No
* 胃がもたれる □Yes □No
* イライラしがちである □Yes □No
* 肩こりが気になる □Yes □No
* 手足が冷えやすい □Yes □No
* たばこを吸う □Yes □No
* お酒を飲む □Yes □No
* 定期的に運動する □Yes □No

**■現在または過去において、病気やケガにより医師の治療を受けたことがある場合は記入してください。**

|  |
| --- |
| 治療年月：  疾病名：  治療の経過： |

**■その他、健康状態について気になることがあれば記入してください。**

|  |
| --- |
|  |