

鉛筆またはシャープペンシルで濃く記入してください。

◆当事業団における個人情報の取り扱い及び
利用目的をご理解のうえ、同意するに○印を
ご記入ください。

◆各項目あてはまるものの口に☑または
該当する番号をご記入ください。

◆各項目あてはまるものの該当欄に☑をご記入ください。

◆あてはまるものの該当欄に☑をご記入ください。
(複数回答可)
該当するものがなければ、“該当なし”の欄に
☑をご記入ください。

◆該当するものがあれば□をご記入ください。

◆初回受診者のみ、団体（事業所）・所属・氏名・性別・年齢・生年月日は、必ずご記入ください。

また、印字されているもので変更があれば、訂正してください。

◆氏名には、必ずフリガナをご記入ください。

記入しないでください

記入しないでください

漢字氏名・カナ氏名・性別・生年月日が記載の方はこちらに入記ください。		生年月日 1. 男 2. 女 3. 昭和 4. 平成		性別 1. 男 2. 女	
所属 フリガナ 氏名		生年月日 1. 男 2. 女 3. 昭和 4. 平成		年齢 歳	
保険者名称 保険者番号		保険証 記号・番号		印字されている情報で誤りがある場合は、訂正してください。	

胸部X線 左胸 右胸 特化 ボータブル フィルムNo.		5m 視力 右 左 矯正		50m 視力 右 左 矯正	
尿検査 蛋白 潜血 ウロ 血圧 収縮 拡張 脈血 収縮 拡張 脈血		計測 身長 体重 腕囲 心電図 心電図 心電図		特殊検査 有糖 糖 特化物 電解 じん肺 石綿 赤外線 VEG 超音 高気圧 振動業務	
聴力 1000Hz 4000Hz (聴力 100dB) (聴力 100dB)		特定健診 対象理由 診断 未実施 実施なし (医師の判断・本人拒否等)		眼底 眼底 眼底 眼底 眼底	
聴覚 1000Hz 4000Hz (聴力 100dB) (聴力 100dB)		特定健診 対象理由 診断 未実施 実施なし (医師の判断・本人拒否等)		眼底 眼底 眼底 眼底 眼底	
聴覚 1000Hz 4000Hz (聴力 100dB) (聴力 100dB)		特定健診 対象理由 診断 未実施 実施なし (医師の判断・本人拒否等)		眼底 眼底 眼底 眼底 眼底	

ご不明な点については、
長崎県健康事業団 健診事業課 事業所健診班（TEL0957-43-7131）まで
お気軽にご連絡ください。

番号はおかけ間違えのないようご注意ください。