

健康診断票

| | | | | | | | | | | |
|---------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------------|---------------------------|------------|---|---|---|----|-----|
| フリガナ 氏名 | 生年月日 年 月 日 | | 健診年月日 | | 年 月 日 | | | | | |
| | 性別 男・女 | | 年 齢 | | 歳 | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 業務歴 | | | 血 圧 (mmHg) | | / | | | | | |
| 既往歴 | | | 貧血検査 | 血色素量 (g/dl) | | | | | | |
| | | | | 赤血球数 (万/mm ³) | | | | | | |
| 自覚症状 | | | 肝機能 | GOT (IU/l) | | | | | | |
| | | | | GPT (IU/l) | | | | | | |
| | | | | γ-GTP (IU/l) | | | | | | |
| 他覚症状 | | | 血中脂質 検査 | LDL コレステロール (mg/dl) | | | | | | |
| | | | | HDL コレステロール (mg/dl) | | | | | | |
| | | | | 中性脂肪 (mg/dl) | | | | | | |
| 身長 (cm) | | | 血 糖 検 査 (mg/dl) | | | | | | | |
| 体重 (kg) | | | 感染症抗体価検査 (数値) ※陽性以外はワクチン要接種 | | | | | | | |
| B M I | | | | | | | | | | |
| 腹囲 (cm) | | | HBs 抗体 | mIU/ml | 風疹 HI 法 | 倍 | | | | |
| 視 力 | 右 | () | 麻疹 EIA 法 | | 水痘 EIA 法 | | | | | |
| | 左 | () | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 聴 力 | 右 1000Hz | 1. 所見なし 2. 所見あり | 尿検査 | | 糖 | | - | + | ++ | +++ |
| | 左 1000Hz | 1. 所見なし 2. 所見あり | | | 蛋 白 | | - | + | ++ | +++ |
| | 右 4000Hz | 1. 所見なし 2. 所見あり | その他の 法定検査 | | | | | | | |
| | 左 4000Hz | 1. 所見なし 2. 所見あり | | | | | | | | |
| 心 電 図 検 査 | | | その他の検査 | | | | | | | |
| | | | 医師の診断 | | | | | | | |
| | | | 医 師 名 | | (印) | | | | | |
| | | | 医師の意見 | | 就業可 ・ 就業不可 | | | | | |
| 胸部エックス線検査 | 直接 間接 所見なし 所見あり | | | | | | | | | |
| 撮影: / / | () | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| 施設名 | | | | | | | | | | |
| Tel () | | | | | | | | | | |