

健康診断個人票

事業所名	
所在地	

氏名			生年月日	年	月	日	雇入年月日	年	月	日			
			性別	男・女									
健診年月日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	
年齢	歳		年齢	歳		年齢	歳		年齢	歳			
他の法定特殊健康診断の名称													
業務歴													
既往歴													
自覚症状													
他覚症状													
※内科診察													
身長(cm)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
体重(kg)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
BMI													
腹囲(cm)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
視力	右	.(.)		.(.)		.(.)		.(.)		.(.)			
	左	.(.)		.(.)		.(.)		.(.)		.(.)			
聴力	右 1000 Hz	1 所見なし	2 所見あり	1 所見なし	2 所見あり	1 所見なし	2 所見あり	1 所見なし	2 所見あり	1 所見なし	2 所見あり		
	右 4000 Hz	1 所見なし	2 所見あり	1 所見なし	2 所見あり	1 所見なし	2 所見あり	1 所見なし	2 所見あり	1 所見なし	2 所見あり		
	左 1000 Hz	1 所見なし	2 所見あり	1 所見なし	2 所見あり	1 所見なし	2 所見あり	1 所見なし	2 所見あり	1 所見なし	2 所見あり		
	左 4000 Hz	1 所見なし	2 所見あり	1 所見なし	2 所見あり	1 所見なし	2 所見あり	1 所見なし	2 所見あり	1 所見なし	2 所見あり		
	検査方法	1 オージオ	2 その他	1 オージオ	2 その他	1 オージオ	2 その他	1 オージオ	2 その他	1 オージオ	2 その他		
胸部エックス線検査	直接撮影	年月日	間接撮影	年月日	直接撮影	年月日	間接撮影	年月日	直接撮影	年月日	間接撮影	年月日	
フィルム番号	No.	SAMPLE		No.	SAMPLE		No.	SAMPLE		No.	SAMPLE		
咳痰検査													
血圧(mmHg)	~												
貧血検査	血色素量(g/dl)												
	赤血球数(万/mm ³)												
	※白血球数(個/mm ³)												
	※ヘマトクリット値(%)												
肝機能検査	GOT (IU/l)												
	GPT (IU/l)												
	γ-GTP (IU/l)												
	※												
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)												
	トリグリセライド(mg/dl)												
血糖検査(mg/dl)													
尿検査	糖	—	+	++	+++	—	+	++	+++	—	+	++	+++
	たんぱく	—	+	++	+++	—	+	++	+++	—	+	++	+++
	※ウロビリノーゲン	±	+	++	+++	±	+	++	+++	±	+	++	+++
	※潜血	—	+	++	+++	—	+	++	+++	—	+	++	+++
心電図検査													
※消化器検査													
その他の法定検査													
その他の検査													
医師の診断													
健康診断を実施した医師の氏名 [㊞]													
医師の意見													
意見を述べた医師の氏名 [㊞]													