

健康診断個人票

フリガナ				性別		生年月日	年	月	日	
氏名				年齢	歳	健診年月日	年	月	日	
業務歴				貧血	血色素検査(g/dl)					
既往歴	なし	あり	()		赤血球数(万/mm ³)					
自覚症状	なし	あり	()	肝機能	AST(IU/l)					
他覚症状	なし	あり	()		ALT(IU/l)					
身長(cm)					γ-GTP(IU/l)					
体重(kg)				脂質代謝	LDLコレステロール(mg/dl)					
BMI					HDLコレステロール(mg/dl)					
腹囲(cm)					TG(mg/dl)					
血圧(mmHg)				血糖	血糖(mg/dl)					
視力	右	裸眼	矯正 ()		HbA1C(%)					
	左	裸眼	矯正 ()	尿	糖	-	±	+	2+	3+
聴力	右	1000Hz	1 所見なし 2 所見あり		その他の検査	蛋白	-	±	+	2+
		4000Hz	1 所見なし 2 所見あり	総合判定						
	左	1000Hz	1 所見なし 2 所見あり							
		4000Hz	1 所見なし 2 所見あり							
胸部エックス線	直接撮影	年	月	日	正常	境界域	異常	経過観察 要指導 要医療	就労 (可 不可)	
心電図	総合判定									
上記のとおり診断します					医療機関住所					
年 月 日					医療機関名					
					医師名					
					印					