

健康診断個人票（雇入時）

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------|----------|--------|---------------------|---------------------------|---------------------|----------------------------|-------------------|---|---|---|--|--|
| 氏名 | | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 健康診断年月日 | 年 | 月 | 日 | | |
| | | | 性別 | 男 : 女 | | 年齢 | 歳 | | | | | |
| 業務歴 | | | 血圧 (mmHg) | | | | | | | | | |
| | | | 貧血検査 | 血色素量 (g/dl) | | | | | | | | |
| | | | | 赤血球数 (万/mm ³) | | | | | | | | |
| 既往歴 | | | 肝機能検査 | | GOT (IU/l) | | | | | | | |
| | | | GPT (IU/l) | | | | | | | | | |
| | | | γ-GTP (IU/l) | | | | | | | | | |
| 自覚症状 | | | 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) | | | | | | | | | |
| | | | トリグリセリド (mg/dl) | | | | | | | | | |
| 他覚症状 | | | 血糖検査 (mg/dl) | | | | | | | | | |
| | | | 尿検査 | 糖 | | - + ++ +++ | | | | | | |
| | | | | たん 蛋 白 | | - + ++ +++ | | | | | | |
| 身長 (cm) | cm | | 心電図検査 | | | | | | | | | |
| 体重 (kg) | kg | | | | | | | | | | | |
| B M I | | | その他の法定検査 | | | | | | | | | |
| 腹囲 (cm) | cm | | | | | | | | | | | |
| 視力 | 右 | () | | その他の検査 | | | | | | | | |
| | 左 | () | | | | | | | | | | |
| 聴力 | 右 | 1000Hz | 1 所見なし | 2 所見あり | 医師の診断 | | 健康診断を実施した医師の氏名(印) | | | | | |
| | | 4000Hz | 1 所見なし | 2 所見あり | | | | | | | | |
| | 左 | 1000Hz | 1 所見なし | 2 所見あり | 医師の意見 | | | | | | | |
| | | 4000Hz | 1 所見なし | 2 所見あり | | | | | | | | |
| 胸部エックス線検査 | 直接 撮影 | 間接 | | 意見を述べた医師の氏名(印) | | | | | | | | |
| | | 年 月 日 | | 歯科医師による健康診断 | | | | | | | | |
| | | フィルム番号 | | No | | 歯科医師による健康診断を実施した歯科医師の氏名(印) | | | | | | |
| 備考 | | | | | 歯科医師の意見 | | | | | | | |
| | | | | | 意見を述べた歯科医師の氏名(印) | | | | | | | |