

健康診断個人票（雇入時）

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)			/
		貧 血 検 査	血 色 素 量 (g/dl)		
既 往 歴 <small>(喫煙歴及び服薬歴)</small>			赤 血 球 数 (万/mm ³)		
		肝 機 能 検 査	G O T (IU/l)		
			G P T (IU/l)		
自 覚 症 状		γ - G T P (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)					
他 覚 症 状		血 糖 検 査 (BS/HbA1C) (mg/dl) (%)			
		尿 検 査	糖		
			たん 蛋 白		
身長(cm)		心電図検査			
体重(kg)					
B M I					
腹 囲 (cm)		抗体検査		麻疹 (+/-)	
視 力	右 ()			風疹 (+/-)	
	左 ()			水痘 (+/-)	
聴 力	右 1000Hz			1 所見なし 2 所見あり	ムンプス (+/-)
	4000Hz	1 所見なし 2 所見あり	その他の検査		
	左 1000Hz	1 所見なし 2 所見あり			
	4000Hz	1 所見なし 2 所見あり			
胸部エックス線検査	直 接 間 接 撮 影	医師の診断			
フィルム番号 No.					
備 考		健康診断を実施した医師の氏名 (印)			