

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)			
他 覚 症 状			トリグリセライド (mg/dl)			
			血 糖 検 査 (BS/HbA1C) (mg/dl) (%)			
			尿 検 査		糖	
身長 (cm)			たん 蛋 白			
体重 (kg)			心電図検査			
B M I						
腹 囲 (cm)			その他の検査			
視 力	右	()				
	左	()				
聴 力	右 1000Hz	1 所見なし 2 所見あり				
	4000Hz	1 所見なし 2 所見あり				
	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 ④			