

健康診断個人票（採用時）

社会医療法人 札幌清田病院様式

氏名		生年月日		昭和	平成	年 月 日		健診年月日		平成	年 月 日				
		性 別						年 齢		歳					
業 務 歴				血 圧 (mmHg)		~									
既 往 歴				貧 血 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 (%)									
自 覚 症 状				肝 機 能 査		G O T (IU/l)									
他 覚 症 状						G P T (IU/l)									
						γ - G T P (IU/l)									
身 長 (cm)				腎 機 能 査		※尿素窒素 (mg/dℓ)									
						※クレアチニン (mg/dℓ)									
体 重 (kg)				血 中 脂 質 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)									
腹 囲 (cm)				血 糖 (mg/dℓ)											
B M I				そ の 他		※H b s 抗 原									
						※H b s 抗 体									
						※H C V 抗 体									
						※梅 毒 (ガラス法)									
						※梅 毒 (TPHA法)									
						※ツベルクリン反応									
視 力		右 裸眼 矯正 ()		尿 検 査		糖		—		+		++		+++	
		左 裸眼 矯正 ()				蛋 白		—		+		++		+++	
						※ウロビリノーゲン		±		+		++		+++	
								※潜 血		—		+		++	
聴 力		右1000Hz 4000Hz		心 電 図 検 査											
		左1000Hz 4000Hz													
胸 部 エ ッ ク ス 線 査		撮 影 年 月 日		医 師 の 診 断											
				健康診断を実施した医師の氏名 [Ⓔ]											
				実施医療機関 住 所 名 称											
フ ィ ル ム 番 号		No													

注 ※印は法定外の記載事項です。