

健康診断個人票（採用時）

医療法人清田病院様式

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 検 査	血 色 素 量 (g/dℓ)							
自 覚 症 状					赤 血 球 数 (万/mm ³)							
他 覚 症 状					※白血球数 (個/mm ³)							
					※ヘマトクリット値 (%)							
身 長 (cm)				肝 機 能 検 査	G O T (IU/l)							
体 重 (kg)					G P T (IU/l)							
腹 囲 (cm)					γ - G T P (IU/l)							
B M I				腎 機 能 検 査	※尿素窒素 (mg/dℓ)							
					※クレアチニン (mg/dℓ)							
視 力		右	裸眼 矯正 ()	血 中 脂 質 検 査	LDLコレステロール (mg/dℓ)							
		左	裸眼 矯正 ()		HDLコレステロール (mg/dℓ)							
					トリグリセライド (mg/dℓ)							
B M I				血 糖 (mg/dℓ)								
視 力		右	裸眼 矯正 ()	そ の 他	※H b s 抗 原							
		左	裸眼 矯正 ()		※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								
聴 力		右1000Hz 4000Hz		尿 検 査	糖		—	+	++	+++		
		左1000Hz 4000Hz			蛋 白		—	+	++	+++		
					※ウロビリノーゲン		±	+	++	+++		
					※潜 血		—	+	++	+++		
胸 部 エ ッ ク ス 線 検 査		撮 影 年 月 日		心 電 図 検 査								
				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。