

健康診断個人票

氏名		生年月日		雇入年月日					
	様	性別	男・女						
健診年月日									
年齢		歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳
既往歴									
自覚症状									
他覚症状									
身長 (cm)									
体重 (kg)									
BMI									
腹囲 (cm)									
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									
血圧 (mmHg)		mmHg / mmHg							
貧血検査	血色素量 (Ig/dl)								
	赤血球数 (万/mm ³)								
肝機能検査	GOT (U/L)								
	GPT (U/L)								
	γ-GTP (U/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)								
	中性脂肪 (mg/dl)								
空腹時血糖 (mg/dl)									
尿酸値									
HbA1c [NGSP] (%)									
尿検査	糖	- ± + ++ +++	- ± + ++ +++	- ± + ++ +++	- ± + ++ +++	- ± + ++ +++	- ± + ++ +++	- ± + ++ +++	- ± + ++ +++
	蛋白	- ± + ++ +++	- ± + ++ +++	- ± + ++ +++	- ± + ++ +++	- ± + ++ +++	- ± + ++ +++	- ± + ++ +++	- ± + ++ +++
心電図検査									
医師の診断									
健康診断を実施,意見を述べた医師の氏名印									