

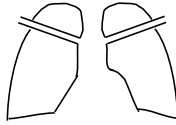
<病院提出用>
個人コード

健康診断個人票（雇入れ時）

--	--	--	--	--	--	--	--

入社年月日 年 月 日

健診年月日 年 月 日

フリガナ 氏名		生年月日		年 月 日生	
		性 別		男 ・ 女	
				年齢	
				歳	
業務歴		血圧 mmHg		～	
既往歴		貧血検査		血色素量 (g/dl)	
				赤血球数 (万/mm)	
自覚症状		肝機能 検査		GOT(IU/%)	
				GPT(IU/%)	
他覚症状				γ-GTP(IU/%)	
身長 (cm)		血中脂質		LDL (mg/dl)	
体重 (kg)		検査		HDL (mg/dl)	
BMI(kg/m)				トリグリセリド (mg/dl)	
視力	右	()		糖尿病 血糖 (mg/dl)	
	左	()		検査 HbA1c(%)	
聴覚 (オージオ)	右 1000	所見なし・所見あり		腎機能 クレアチニン (mg/dl)	
	4000	所見なし・所見あり		尿検査 糖	
	左 1000	所見なし・所見あり		蛋白	
	4000	所見なし・所見あり		- + ++ +++	
胸部エックス線 検査	直接 間接 撮影 年 月 日		心電図検査		
			腹囲測定		
			その他の検査		
	フィルム番号No.		※医師の診断		就労可・不可
			健康診断を実施した 病院名・医師名・住所		
			※歯科医師による健康診断		
特殊業務歴	あり / なし		※歯科医師による健康診断を実施した 歯科医師の氏名・印		
	・粉塵	年～年 (年 間)	※歯科医師の意見		
	・有機溶剤	年～年 (年 間)	※意見を述べた 歯科医師の氏名・印		
	・鉛	年～年 (年 間)	備 考		
	・特化物	年～年 (年 間)			