

<病院提出用>

健康診断個人票（雇入れ時）

個人コード

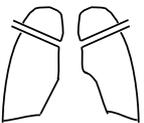
--	--	--	--	--	--

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 検査	血糖 (mg/dl)			
	左	()			HbA1c(%)			
聴覚 (オーディオ)	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				
		フィルム番号No.		その他の検査				
				※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)						
		・その他 () 年～年 (年間)						