

健康診断個人票

氏 名 (ふりがな)		生年月日		年 月 日				
		年 齢	歳	性 別	男 ・ 女			
受診年月日		年 月 日		血 圧 (mmHg)				
業 務 歴		貧 血 検 査	血 色 素 量	(g/dℓ)				
既 往 歴			赤 血 球 数	(万/mm ³)				
自 覚 症 状		肝 機 能 検 査	G O T	(IU/ℓ)				
他 覚 症 状			G P T	(IU/ℓ)				
身 長 (cm)			γ - G T P	(IU/ℓ)				
体 重 (kg)		血 脂 中 質 検 査	LDLコレステロール	(mg/dℓ)				
腹 囲 (cm)			HDLコレステロール	(mg/dℓ)				
B M I			血清トリグリセライド	(mg/dℓ)				
視 力			血 糖 検 査		(mg/dℓ)			
聴 力	右	1000Hz 所見 あり・なし () dB	尿 検 査	糖	－	＋	＋	卅
	右	4000Hz 所見 あり・なし () dB		蛋 白	－	＋	＋	卅
	左	1000Hz 所見 あり・なし () dB	心 電 図 検 査					
		4000Hz 所見 あり・なし () dB						
胸部エックス線 検 査		喫 煙	期 間	年 カ月				
			1日の本数	本				
		服 薬	期 間	年 カ月				
			使用目的					
フィルム番号 No.		診 所 察 見						
		医師の指示 及び就業上の注意事項						
健康診断を実施した病院名及び医師の氏名・捺印								

2023.10更新

(株)アスモフードサービス