健康診断個人票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | |  | 生年月日 | | 年　月　日 | | | | 検診年月日 | 年　月　日 | |
| 性　　別 | | 男　・　女 | | | | 年　　　齢 | 歳 | |
| 業務歴 | |  | | 血　　　　　圧　　　　　　　　（mmHg） | | | | | | |  |
| 貧血検査 | | | 血 色 素 量 （g/dℓ） | | | |  |
| 赤血球数（万/mm³） | | | |  |
| 既往歴 | |  | | 肝機能検査 | | | Ｇ　 Ｏ 　Ｔ　（IU/ℓ） | | | |  |
| Ｇ　 Ｐ 　Ｔ　（IU/ℓ） | | | |  |
| γ - Ｇ Ｔ Ｐ　（IU/ℓ） | | | |  |
| 自覚症状 | |  | | 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） | | | |  |
| トリグリセライド （mg/dℓ） | | | |
| 他覚症状 | |  | | 血 　糖 　検 　査　 　（mg/dℓ） | | | | | | |  |
| 尿検査 | | 糖 | | | | |  |
| 白 | | | | |  |
| 身 長 (cm) | |  | |
| 体 重 (kg) | |  | | 心電図検査 | | | |  | | | |
| その他の検査 | | | |  | | | |
| ＢＭＩ | |  | | 医師の診断 | | | | | | | |
| 腹　　囲 (CM) | |  | |  | | | | | | | |
| 視 力 | 右 | （　　　　） | |
| 左 | （　　　　） | |
| 聴 力 | 右 1,000Hz  　 4,000Hz | １ 所見なし　　２ 所見あり  １ 所見なし　　２ 所見あり | |
| 備　考 | | | | | | | |
| 左 1,000Hz  　 4,000Hz | １ 所見なし　　２ 所見あり  １ 所見なし　　２ 所見あり | |  | | | | | | | |
| 結核等 | 胸部エックス線検査  フィルム番号 | 直接　　　　　　間接  　　撮影　　　年　月　日  No.  所見： | |

（注意）

１　ＢＭＩは，次の算式により算出すること。　　　　　　　　体重(㎏)

*ＢＭＩ*＝

身長(m)²

２　「視力」の欄は，矯正していない場合は（　）外に，矯正している場合は（　）内に記入すること。

３　「胸部エックス線検査」の欄に異常所見がある場合は，喀痰検査を実施し，活動性結核を否定すること。

４　「医師の診断」の欄は，異常なし，要精密検査，要診療等の医師の診断を記入すること。

５　現在治療中の疾病があるときには，「医師の診断」の欄に，現病歴，病名等医学的に特記すべき病状を記載すること。また，その場合は，処方されている全ての薬剤について備考欄に記載すること。

前記の者は，本邦において安定・継続的に就労活動を行うことについて，上記に示す感染症に感染しておらず，また，健康上の支障はありません。

作成年月日　　　　　年　　　月　　　日　　　　　（医　　師）署名

受診者の申告書

私は，通院歴，入院歴，手術歴，投薬歴の全てを医師に申告した上で，医師の診断を受けました。

作成年月日　　　　　年　　　月　　　日

申請人の署名