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