

\*病院所定の様式がある場合は、この様式の限りではありません。

健康診断個人票

氏名			生年月日	年月日	健診年月日	年月日	
			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 <sup>3</sup> )		
				肝機能検査	GOT (IU/l)		
自覚症状				GPT (IU/l)			
					γ-GTP (IU/l)		
				血中脂質検査	LDLコレステロール (mg/dl)		
他覚症状				HDLコレステロール (mg/dl)			
					トリグリセライド (mg/dl)		
				血糖検査	(mg/dl)		
身長(cm)				尿検査	糖	-++++	
					たん 蛋	白	-++++
体重(kg)			心電図検査				
BMI			その他の法定検査				
腹囲(cm)							
視力	右	( )	その他の検査				
	左	( )					
聴力	右 1000Hz	1 所見なし 2 所見あり	医師の診断				
	4000Hz	1 所見なし 2 所見あり	健康診断を実施した医師の氏名				
	左 1000Hz	1 所見なし 2 所見あり					
	4000Hz	1 所見なし 2 所見あり					
胸部エックス線検査		直接	間接				
		撮影	年月日	意見を述べた医師の氏名			
フィルム番号				歯科医師による健康診断			
		No.		歯科医師による健康診断を実施した歯科医師の氏名			
備考				歯科医師の意見			
				意見を述べた歯科医師の氏名			

備考

1 BMIは、次の算式により算出すること。

$$BMI = \frac{\text{体重(kg)}}{\text{身長(m)}^2}$$

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 「医師の診断」の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記入すること。

4 「医師の意見」の欄は、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就業上の措置について医師の意見を記入すること。

5 斜線箇所については、検査不要です。