

\*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 / d l)			
自 覚 症 状				肝 機 能 検 査		G O T (I U / l)			
他 覚 症 状				G P T (I U / l)					
				γ - G T P (I U / l)					
				血 中 脂 質 検 査		LDLコレステロール (mg / d l)			
						HDLコレステロール (mg / d l)			
						トリグリセライド (mg / d l)			
				血 糖 検 査 (mg / d l)					
				尿 検 査		糖		- + + + + +	
身 長 (cm)				たん 蛋		白		- + + + + +	
体 重 (kg)				心 電 図 検 査					
B M I									
腹 囲 (cm)				そ の 他 の 法 定 検 査					
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						
	左 1000Hz	1 所見なし	2 所見あり	健康診断を実施した医師の氏名					
	4000Hz	1 所見なし	2 所見あり	医 師 の 意 見					
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					
				歯 科 医 師 に よ る 健 康 診 断					
フ ィ ル ム 番 号		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。