

健康診断個人票

氏名		生年月日	S・H 年 月 日	健診年月日	令和 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)
既 住 歴				肝 機 能 検 査	赤血球 (万/mm)
					GOT (IU/l)
					GPT (IU/l)
自 覚 症 状				血 中 脂 質 検 査	総コレステロール (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
					蛋白
身長 (cm)				心 電 図 検 査	
体重 (kg)					
BMI					
視 力	右	(矯正)		そ の 他 の 検 査	
	左	(矯正)			
聴 力	右 1000Hz	1 所見なし	2 所見あり	医 師 の 指 示 及 び 就 業 上 の 注 意 事 項	
	4000Hz	1 所見なし	2 所見あり		
	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X線検査	直接 間接 撮影 令和 年 月 日				そ の 他 町 村 職 員 と して の 適 否 に 関 する 疾 患 及 び 機 能 障 害 の 有 無 及 び 所 見
フィルム番号 No.					
上記のとおり診断する					
令和 年 月 日					
所在地					
病 院					
名 称					
医師名					印

※ 「その他の検査」欄には、既往症、上記検査との関連又は外見上必要と思われる検査を実施した場合及び別に検査を依頼した項目について記入してください。