

健康診断個人票

* 受診者は太枠内を記入して下さい。

事業所名			
所在地			
フリガナ			
氏名			
生年月日			
性別		年齢	歳

健診日

血液No.		サイン	
食前		食後	
時間			
既往歴			
自覚症状			
理学所見		喫煙：有・無	
身長			
cm			
体重			
kg			
腹囲			
cm			
視力	裸眼	右	
		左	
矯正		右	()
		左	()
聴力	1000	右	無・有
		左	無・有
4000		右	無・有
		左	無・有
尿検査	蛋白	— ± ()	
	糖	— ± ()	
	潜血	— ± ()	
	ウロ	± + ()	
血圧		/	
		/	
胸部		No.	
心電図		No.	
超音波		No.	
胃部		No.	
大腸		No. 1日・後日	
喀痰		No.	
眼底		No.	
その他			