

# 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		無・有		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					