

健康診断個人票

フリガナ				性 別	男・女	健 診 年 月 日	20 年 月 日
氏 名						生年月日(西暦)	年 月 日
身体計測	身 長	cm		喫煙歴	1. 吸ったことがない 2. 現在吸っている(本/日)		
	体 重	kg			3. 以前吸っていた(過去喫煙歴 年間 本/日)		
血 圧 (mmHg)		/		視 力	右(矯正) ()		
糖		－ ± 1+ 2+ 3+			左(矯正) ()		
尿	蛋 白	－ ± 1+ 2+ 3+		聴 力	会 話 法	1. 聴こえる	
	ウビリンゲン	± 1+ 2+ 3+ －				2. 聴こえない	
	潜 血	－ ± 1+ 2+ 3+					
既往歴	病 名	罹患年齢	何れかに○	他覚所見	1. 異常なし		
			治癒・治療中・経過観察		2. 所見あり(経過観察・要再検・要精査)		
			治癒・治療中・経過観察				
			治癒・治療中・経過観察				
			治癒・治療中・経過観察		診察医師名		
胸部X線	直接撮影 NO.			20 年 月 日			
	1. 異常なし 2. 所見あり (経過観察・要再検・要精査)			医療機関名 住 所 電 話 番 号 担当医師名			

※ 胸部X線・他覚所見について所見がある場合、必ず内容をご記入下さい。