

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	S・H	年	月 日
性別	男・女	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
	4000	右	
			左
尿検査	蛋白	- 士 ()	
	糖	- 士 ()	
	潜血	- 士 ()	
	ウロ	士 + ()	
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			