

## 職員採用健康診断個人票

氏名			生年月日	年 月 日	検診年月日	年 月 日
			性別	男 ・ 女	年 齢	才
業 務 歴				血 圧 (mmHg)		
				貧血検査	血色素量 (g/dℓ)	
			赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )			
既 往 歴				肝機能検査	G O T (IU/ℓ)	
					G P T (IU/ℓ)	
					γ - G T P (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/ℓ)		
				尿 検 査	糖	- ± + ++ +++
			蛋白		- ± + ++ +++	
身長 (cm)			心 電 図 検 査			
体重 (kg)						
B M I						
視力	右	( )				
	左	( )				
色 覚			その他の法定検査			
聴 力	右	1,000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり	その他の検査		
		4,000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり			
	左	1,000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり			
		4,000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり			
胸部 X 線 検査	直接 間接		医 師 の 診 断			
	撮影	年 月 日				
			健康診断を実施した医師の氏名 <span style="float: right;">⑩</span>			
			医師の意見			
フィルム番号 No.			意見を述べた医師の氏名 <span style="float: right;">⑩</span>			