

健康診断チェックシート

健診年月日 年 月 日

結果お渡し予定日 年 月 日

患者ID :

受付担当者 :

会計担当者 :


フリガナ 氏名	男・女	明・大 昭・平	年 月 日 才
住所 〒			
電話番号	※女性の方へ 質問です		生理中ですか？ はい・いいえ 妊娠中もしくは妊娠の 可能性はありますか？ はい・いいえ

→病院記入枠

Aコース

¥

12,500

業務歴	有害業務作業従事歴 あり・なし		貧血検査	白血球数(千/μℓ)				
既往歴				赤血球数(万/μℓ)				
				血色素量(g/dℓ)				
				ヘマトクリット(%)				
				血小板数(万/mm ³)				
自覚症状			肝機能検査	GOT (IU/ℓ)				
				GPT (IU/ℓ)				
				γ-GTP (IU/ℓ)				
他覚症状			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)				
				LDLコレステロール(mg/dℓ)				
				中性脂肪(mg/dℓ)				
身長 (cm)			尿検査	血糖検査(mg/dℓ)				
体重 (kg)				蛋白				
B M I				糖				
腹囲 (cm)				ウロビリノーゲン				
血圧 (mmHg)				潜血				
視力	右	()	総合診断					
	左	()						
聴力	右	1000Hz				<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり		
		4000Hz				<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり		
	左	1000Hz				<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり		
		4000Hz				<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり		
胸部エックス線検査		<input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> 間接 <所見>				アドバイス		
		追加検査						
					心電図検査			