

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

Bコース ¥ **11,000**

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/ μ ℓ)		
既往歴				赤血球数(万/ μ ℓ)		
				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	アドバイス		
		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>		追加検査		
						
心電図検査						