

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

Cコース ¥ **8,500**

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/ μ ℓ)	
既往歴				赤血球数(万/ μ ℓ)	
自覚症状			肝機能検査	血色素量(g/dℓ)	
				ヘマトクリット(%)	
他覚症状			血中脂質検査	血小板数(万/ mm^3)	
				GOT (IU/ℓ)	
身長 (cm)			尿検査	GPT (IU/ℓ)	
				γ-GTP (IU/ℓ)	
体重 (kg)			血糖検査(mg/dℓ)	総コレステロール(mg/dℓ)	
				B M I	
腹囲 (cm)			潜血	HDLコレステロール(mg/dℓ)	
				血糖検査(mg/dℓ)	
血圧 (mmHg)			尿検査	LDLコレステロール(mg/dℓ)	
				中性脂肪(mg/dℓ)	
視力	右	()	尿検査	糖	
	左	()		ウロビリノーゲン	
聴力	右	1000Hz	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり	総合診断	
		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					