

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
		※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 ¥ **9,000**

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)		
自覚症状			肝機能検査	血色素量(g/dℓ)		
他覚症状				ヘマトクリット(%)		
身長 (cm)				血小板数(万/ mm^3)		
体重 (kg)			血中脂質検査	GOT (IU/ℓ)		
B M I				GPT (IU/ℓ)		
腹囲 (cm)				γ-GTP (IU/ℓ)		
血糖検査(mg/dℓ)				総コレステロール(mg/dℓ)		
血圧 (mmHg)			尿検査	HDLコレステロール(mg/dℓ)		
視力	右 ()			LDLコレステロール(mg/dℓ)		
聴力	左 ()			中性脂肪 (mg/dℓ)		
	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				
胸部エックス線検査	<input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> 間接 <所見>					
心電図検査						
			総合診断			
			アドバイス			
			追加検査			