

# 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

**Dコース**      ¥      **7,500**

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/ $\mu$ l)			
既往歴				赤血球数(万/ $\mu$ 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(%)			
				血小板数(万/ $\text{mm}^3$ )			
身長 (cm)			血中脂質検査	GOT (IU/l)			
体重 (kg)				GPT (IU/l)			
BMI				$\gamma$ -GTP (IU/l)			
腹囲 (cm)				総コレステロール(mg/dl)			
血圧 (mmHg)				HDLコレステロール(mg/dl)			
視力	右	( )	尿検査	LDLコレステロール(mg/dl)			
	左	( )		中性脂肪 (mg/dl)			
聴力	右 1000Hz	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり		血糖検査(mg/dl)			
	右 4000Hz	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり		蛋白			
	左 1000Hz	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり	糖				
	左 4000Hz	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり	ウロビリノーゲン				
胸部エックス線検査		<input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> 間接 <所見>	総合診断				
			アドバイス				
			追加検査				
心電図検査							