

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

コース ￥ 7000

| | | | | | | |
|-----------|---|---|-------------------|----------------------|----|--|
| 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(%) | | |
| | | | | 血小板数(万/ mm^3) | | |
| 身長 (cm) | | | 血中脂質検査 | GOT (IU/l) | | |
| | 体重 (kg) | | | GPT (IU/l) | | |
| BMI | | | | γ -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 | () | 血糖検査(mg/dl) | 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 | | 尿検査 | 蛋白 | |
| | 右 4000Hz | <input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり | | | 糖 | |
| | 左 1000Hz | <input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり | ウロビリノーゲン | | | |
| | 左 4000Hz | <input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり | 潜血 | | | |
| 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 | | | |
| 心電図検査 |  | | アドバイス | | | |
| | | | 追加検査 | | | |