

# 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

**Eコース**      ¥      **5,000**

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