

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

Fコース

¥

5,500

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		血色素量(g/dℓ)				
他覚症状		ヘマトクリット(%)				
		血小板数(万/ mm^3)				
			肝機能検査	GOT (IU/ℓ)	/	
				GPT (IU/ℓ)		
				γ -GTP (IU/ℓ)		
			血中脂質検査	総コレステロール(mg/dℓ)	/	
				HDLコレステロール(mg/dℓ)		
				LDLコレステロール(mg/dℓ)		
				中性脂肪(mg/dℓ)		
			血糖検査(mg/dℓ)		/	
			尿検査	蛋白	/	
				糖		
				ウロビリノーゲン		
				潜血		
身長 (cm)			/			
体重 (kg)						
BMI			/			
腹囲 (cm)						
血圧 (mmHg)			/			
視力	右 ()	左 ()				
聴力	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		
		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>		/			
						
心電図検査			/			
			追加検査		/	