

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

Fコース ¥ **6,000**

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(%)	
				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	()		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	血糖検査(mg/dl)	
		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	
		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>			潜血	
			総合診断		
心電図検査			アドバイス		
			追加検査		