

別記様式(第10条関係)

健康診断個人票

個人コード									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

氏名			生年月日	年	月	日	雇入年月日	年	月	日			
			性別	男	・	女							
健診年月日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	
年齢	歳		歳		歳		歳		歳		歳		
既往歴													
自覚症状													
他覚症状													
身長(cm)	・		・		・		・		・		・		
体重(kg)	・		・		・		・		・		・		
視力	右	・ (・)		・ (・)		・ (・)		・ (・)		・ (・)			
	左	・ (・)		・ (・)		・ (・)		・ (・)		・ (・)			
聴力	右 1000Hz	1所見なし	2所見あり	1所見なし	2所見あり	1所見なし	2所見あり	1所見なし	2所見あり	1所見なし	2所見あり		
	左 1000Hz	1所見なし	2所見あり	1所見なし	2所見あり	1所見なし	2所見あり	1所見なし	2所見あり	1所見なし	2所見あり		
	右 4000Hz	1所見なし	2所見あり	1所見なし	2所見あり	1所見なし	2所見あり	1所見なし	2所見あり	1所見なし	2所見あり		
	左 4000Hz	1所見なし	2所見あり	1所見なし	2所見あり	1所見なし	2所見あり	1所見なし	2所見あり	1所見なし	2所見あり		
	検査方法	1オージス	2その他	1オージス	2その他	1オージス	2その他	1オージス	2その他	1オージス	2その他		
胸部エックス線検査	直接	間接	直接	間接	直接	間接	直接	間接	直接	間接	直接	間接	
	撮影年月日	撮影年月日	撮影年月日	撮影年月日	撮影年月日	撮影年月日	撮影年月日	撮影年月日	撮影年月日	撮影年月日	撮影年月日	撮影年月日	
													
	所見		所見		所見		所見		所見		所見		
フィルム番号	No.		No.		No.		No.		No.		No.		
血圧(mmHg)	～		～		～		～		～		～		
貧血検査	赤血球数万/μl												
	血色素量g/dl												
	白血球数μl												
	ヘマトクリット%												
血中脂質検査	総コレステロールmg/dl												
	トリグリセライドmg/dl												
肝機能検査	GOT(IU/l)												
	GPT(IU/l)												
	γ-GTP(IU/l)												
尿検査	糖	-	+	++	+++	-	+	++	+++	-	+	++	+++
	蛋白	-	+	++	+++	-	+	++	+++	-	+	++	+++
その他の検査													
心電図検査													
医師の指示及び就業上の注意事項													
健康診断を実施した医師の氏名											印		
採血 No.													