

健康診断個人票 (採用試験用)

氏 名				受診年月日	平成 年 月 日		
生 年 月 日		平成 年 月 日生		年齢	歳	性別	
業 務 歴				聴力	右	1 所見なし 2 所見あり	
					1000HZ	1 所見なし 2 所見あり	
既 往 歴					左	1 所見なし 2 所見あり	
					1000HZ	1 所見なし 2 所見あり	
自 覚 症 状				胸部X線検査		1 所見なし 2 所見あり	
				1 所見なし 2 所見あり			
他 覚 症 状				血 圧 (mmHg)		—	
				尿検査	糖		— +
					蛋 白		— ± +
貧 血	赤 血 球 数				伝染性疾患の有無		
	血 色 素 量						
肝 機 能	G O T				医師の指示及び 業務上の注意事項		
	G P T						
	γ - G P T						
脂 質	L D L - C				健康診断を実施した 病院名・医師名		
	H D L - C						
	血 中 脂 質						
血 糖				健康診断を実施した 病院名・医師名			
心 電 図		1 異常なし 2 異常あり					
身 長	cm	体 重	kg				
胸 囲	cm	色 覚					
視 力	右		左		印		
	(矯正)	()	(矯正)	()			