

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	
他覚症状						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)	()			