**健康診断個人票（新規採用者用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | |  | | | | 生年月日 | 年　　　　 月　 　　　日 | | | 健診年月日 | | 年　　　 　月 　　　　日 | |
| 性　　　別 | 男　　・　　女 | | | 年　　齢 | | 歳 | |
| 業務歴 | | | |  | | | 血　　　　　　　　　　圧 　　　　　（mmHg） | | | | | | ／ |
| 貧血検査 | 赤血球数　　　　 　（万/㎜3） | | | | |  |
| 既往歴 | | | |  | | | 血色素量　 　　　　 （g/dl） | | | | |  |
| 肝機能検査 | Ｇ Ｏ Ｔ　 　　　　 （IU/l） | | | | |  |
| Ｇ Ｐ Ｔ 　　 （IU/l） | | | | |  |
| 自覚症状 | | | |  | | | γ－ＧＴＰ　 　　　 （IU/l） | | | | |  |
| 血中脂質検査 | ＬＤＬコレステロール（mg/dl） | | | | |  |
| トリグリセライド　　 　（mg/dl） | | | | |  |
| 他覚所見 | | | |  | | | HDLコレステロール（mg/dl） | | | | |  |
| 血 　　 糖　　 検 　 　査 　 （mg/dl） | | | | | |  |
| 身　　長 | | | （cm） |  | | | 尿 　 検　 査 | | 糖 | | | | － ＋ ++ +++ |
| 体　　重 | | | （kg） |  | | | 蛋 白 | | | | － ＋ ++ +++ |
| ＢＭＩ | | | |  | | | Ｔ―ＳＰＯＴ検査 | | －　　　　　＋ | | | | （　　　　　　　　　　　　　） |
| 腹　　囲 | | | （cm） |  | | | 肝炎ウィルス検査 | | ＨＢｓ抗原 | | －　　　　　＋ | | |
| 視力 | 右 | | |  | （　　　　　　　　） | | ＨＢｓ抗体 | | －　　　　　＋ | | |
| 左 | | |  | （　　　　　　　　） | | ＨＣＶ抗体 | | －　　　　　＋ | | |
| 聴力 | 右 | | 1000Hz | １　所見なし | ２　所見あり | | ウィルス疾患検査 | | 風　疹 | | －　　　　±　　　　＋ | | |
|  | | 4000Hz | １　所見なし | ２　所見あり | | 麻　疹 | | －　　　　±　　　　＋ | | |
| 左 | | 1000Hz | １　所見なし | ２　所見あり | | ムンプス | | －　　　　±　　　　＋ | | |
|  | | 4000Hz | １　所見なし | ２　所見あり | | 水　痘 | | －　　　　±　　　　＋ | | |
| 胸部エックス線検査 | | | | 撮　影：　　　　　 年　 　　月　　 　日  フィルム番号：  （ 直　接　・　間　接 ） | | | 医師の診断及び所見 | | | |  | | |
| 健康診断を実施した医療機関住所ならびに医療機関名及び医師の氏名（印） | | | |  | | |
| 歯科医師による健康診断 | | | |  | | |
| 胸部エックス線所見 | | | |  | | | 歯科医師による健康診断を  実施した歯科医師の氏名（印） | | | |  | | |
| 歯科医師の意見 | | | |  | | |
| 心電図所見 | | | |  | | |
| 意見を述べた歯科医師の氏名（印） | | | |  | | |