

健康診断個人票

受診日 年 月 日

フリガナ		性別	事業所名	
氏名		男・女		
生年月日	昭・平 年 月 日	年度末年齢	健康保険被保険者証	保険者番号
				記号 番号

※太枠内の記入及び確認をお願いします。

健 診 項 目									
1. 既往歴について 現在治療中の病気または過去の病気についてお答えください。 該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> を記入して下さい。 完 治：医師から完治したといわれたもの 治 療 中：現在内服薬の処方を受けているもの 経過観察：定期受診しているが内服薬の処方がないもの ※ 結果判定の参考にさせていただきます。 ※ 「その他の病気」は結果票の既往歴に記載されない場合もあります。 特になし <input type="checkbox"/>						採血No.			
						食事時間	食前・食後 h		
						自覚			
						内科診察			
						身長	cm		
						体重	kg		
						腹囲	cm		
						視力	右	()	
							左	()	
						聴力	Hz	右	左
							1000	無・有	無・有
						4000	無・有	無・有	
						尿	蛋白	- ± + ()	
							糖	- ± + ()	
							潜血	- ± + ()	
							ウロ	± + ++ ()	
						血圧	/ /		
						胸部			
						心電図			
						胃部			
						大腸	2日・1日・未実施		
2. たばこを習慣的に吸いますか <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない									
3. 健診医師への質問や相談したいこと									