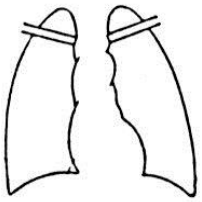
健康診断個人票

フリガナ 氏名		性別	男・女	健診年月日	20　年　月　日
				生年月日(西暦)	年　月　日

身体計測	身長	cm	喫煙歴	1. 吸ったことがない　2.現在吸っている(　本/日) 3. 以前吸っていた(過去喫煙歴　年間　本/日)
	体重	kg		
血圧（mmHg）		/	視力	右(矯正)　(　)
尿	糖	－　±　1+　2+　3+		左(矯正)　(　)
	蛋白	－　±　1+　2+　3+	聴力	会話法　1.聴こえる　2.聴こえない
	ｳﾛﾋﾞﾘﾉｰｹﾞﾝ	±　1+　2+　3+　－		
	潜血	－　±　1+　2+　3+	他覚所見	1.異常なし 2.所見あり(経過観察・要再検・要精査)

既往歴 病名	罹患年齢	何れかに○
		治癒・治療中・経過観察
		治癒・治療中・経過観察
		治癒・治療中・経過観察
		治癒・治療中・経過観察

診察医師名

胸部X線	直接撮影　NO. 1.異常なし 2.所見あり (経過観察・要再検・要精査) 
	20　年　月　日 医療機関名 住所 電話番号 担当医師名　印

※　胸部X線・他覚所見について所見がある場合、必ず内容をご記入下さい。