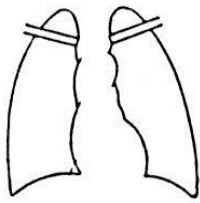


健康診断個人票

フリガナ				性別	男・女	健診年月日	20 年 月 日	
氏名						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)			
	体重	kg			3. 以前吸っていた(過去喫煙歴 年間 本/日)			
血圧 (mmHg)		/		視力	右(矯正) ()			
					左(矯正) ()			
尿	糖	-	±	1+	2+	3+	聴力 会話法	
	蛋白質	-	±	1+	2+	3+		1. 聴こえる 2. 聴こえない
	ビリリダシ	±	1+	2+	3+	-		
	潜血	-	±	1+	2+	3+		
既往歴	病名	罹患年齢	何れかに○		他覚所見	1. 異常なし		
						2. 所見あり(経過観察・要再検・要精査)		
							
							
							
胸部X線	直接撮影 NO.....				20 年 月 日			
	1. 異常なし 2. 所見あり (経過観察・要再検・要精査)				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。