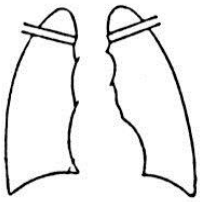
# 健康診断個人票

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ<br>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)<br>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<br>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.<br>1.異常なし<br>2.所見あり<br>(経過観察・要再検・要精査)<br>  |
| | 20　年　月　日<br>医療機関名<br>住所<br>電話番号<br>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。