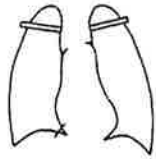


# 健康診断個人票

氏名		性別		生年 月日	
住所				年齢	歳

業務歴		血圧	mmHg		
既往歴		血 貧 血 検 査	血色素量(g/dl)		
自覚症状			赤血球数(万/mm <sup>3</sup> )		
他覚症状			GOT (IU/l)		
身長	cm	肝 機 能 障 害	GPT (IU/l)		
体重	kg		γ-GTP (IU/l)		
視力	右 ( ) 左 ( )		血 中 脂 質 検 査	総コレステロール(mg/dl)	
聴力	右 1000Hz <input type="checkbox"/> 1. 所見なし <input type="checkbox"/> 2. 所見あり 4000Hz <input type="checkbox"/> 1. 所見なし <input type="checkbox"/> 2. 所見あり	トリグリセライド(mg/dl)			
	左 1000Hz <input type="checkbox"/> 1. 所見なし <input type="checkbox"/> 2. 所見あり 4000Hz <input type="checkbox"/> 1. 所見なし <input type="checkbox"/> 2. 所見あり	HDLコレステロール			
尿検査	糖	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> II+ <input type="checkbox"/> III+		血糖検査	
	蛋白	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> II+ <input type="checkbox"/> III+			
心電図検査		その他の検査			
胸部X線検査	 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( )	総合判定	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( )		
備考					

上記のとおり診断いたします。

年 月 日

所在地

名称

医師氏名