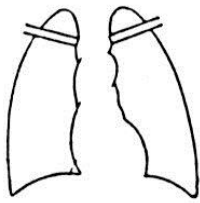


健康診断個人票

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)			
	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	1. 聴こえる		
	蛋白質	- ± 1+ 2+ 3+					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。