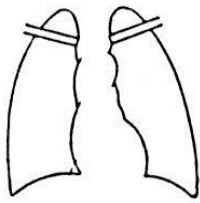


健康診断個人票

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	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)	
						
						
						
						診察医師名.....	
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。