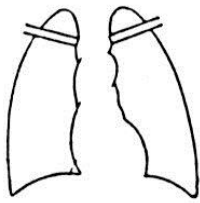


健康診断個人票

氏名				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				喫煙歴	1. 吸ったことがない 2. 現在吸っている(本/日)		
	体重					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) ()		
糖		-	±	1+		2+	3+	左(矯正) ()
尿	蛋白質	-	±	1+	2+	3+	聴力 会話法	1. 聴こえる
	ビリリダシ	±	1+	2+	3+	-		2. 聴こえない
	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						医療機関名	
2. 所見あり (経過観察・要再検・要精査)				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。