

◎健康診断個人票

( )  
市立室蘭総合病院

氏名		性別	男・女	健診年月日	年 月 日	
		生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)			
業務歴		血圧 (mmHg)		最高	最低	
既往歴		貧血検査	血色素量 g/dℓ			
自覚症状			赤血球数 ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>			
他覚症状		肝機能検査	GOT IU/ℓ			
			GPT IU/ℓ			
			γ-GTP IU/ℓ			
身長		血中脂質検査	LDLコレステロール mg/dℓ			
			HDLコレステロール mg/dℓ			
			トリグリセライド mg/dℓ			
体重		血糖検査		mg/dℓ		
視力		尿検査	糖	- ± + 2+ 3+		
			蛋白	- ± + 2+ 3+		
色覚		心電図検査				
聴力		右 (矯正) ( )		左 (矯正) ( )		
胸部エックス線検査		梅毒血清反応				
		HBS	Ag			
			Ab			
		赤沈		1時間		mm
2時間				mm		
撮影		直接・間接		年 月 日		
所見		異常の有無	有・無		医師の指示及び就業上の注意事項	
フィルム番号 (撮影番号)				健康診断を実施した医療機関名 担当医師氏名 (印)		
ツベルクリン反応				歯科健診		
				歯科担当の医師氏名 (印)		
備考欄						