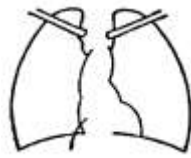


健康診断個人票

氏名	ID:	生年月日		健診年月日	
		性別		年齢	歳
業務歴			収縮期血圧 (mmHg)		
			拡張期血圧 (mmHg)		
既往歴			貧血検査	血色素量 (g/dl)	
				赤血球数 (万/mm ³)	
自覚症状			肝機能検査	GOT (IU/L)	
他覚症状				GPT (IU/L)	
				γ-GTP (IU/L)	
嗜好	酒: (無・有 合/日、 回/週)		血脂検査	LDLコレステロール (mg/dl)	
	煙草: (無・有 本/日、 年間)			HDLコレステロール (mg/dl)	
				中性脂肪 (mg/dl)	
身長 (cm)			尿酸 (mg/dl)		
体重 (kg)			糖検査	血糖 (空腹時) (mg/dl)	
BMI (体重/身長 ²)				ヘモグロビンA1c (%)	
腹囲 (cm)			腎機能	クレアチニン (mg/dl)	
視力	右	()	尿検査	糖	
	左	()		蛋白	
色覚	・異常なし		心電図検査		所見: 有: 無 コメント:
聴力	右1000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり			
	4000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり			
	左1000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり			
	4000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり			
胸部エックス線検査	直接 間接 撮影日:		実施医療機関医師の判定		A: 所見無 B: 経過観察 C: 要再検査 D: 要精密検査 E: 要治療
					
	フィルム番号	No. _____			
その他の検査			実施医療機関名		島尻キンザー前クリニック
			健康診断を実施した医師の氏名 (印)		島尻 佳典 (印)
備考					