

健康診断個人票

医療法人財団アドベンチスト会

診察券番号		氏名	フリガナ
生年月日	年 月 日	〒	
住 所			

健診年月日

既往歴			
業務歴			
身長	cm		
体重	kg		
視力	裸眼	右	左
	矯正	右	左
聴力	右	1000Hz	正常・異常
		4000Hz	正常・異常
	左	1000Hz	正常・異常
		4000Hz	正常・異常
色神	正常・色弱・色盲		
尿検査	糖		
	蛋白		
	ウビリノーゲン		
	潜血		
血压	/	mmHg	
心電図			
判定	勤務	適	要注意
		不適	保留
(A)異常なし (B)有所見健康 (C)要経過観察 (D)要再検 (E)要精密検査 (F)要治療 (G)要継続治療			

自覚症状			
血液検査	血色素量 (g / dl)		
	ヘマトクリット値 (%)		
	赤血球数 (万 / μ l)		
	白血球数 (10^2 / μ l)		
	血小板		
肝機能	GOT (IU/l)		
	GPT (IU/l)		
	- GTP (IU/l)		
脂質	総コレステロール (mg/dl)		
	トリグリセライド (mg-dl)		
	HDL - コレステロール (mg-dl)		
血糖			
感染症	HCV抗体		
	HBs抗原		
胸部検査所見			
			
医師の指示及び就業(生活)上の注意			

医療機関名

医師名

印

東京衛生病院受診用
(割引)

受付時間: 平日 9:00 ~ 11:00 病院受付にお越し下さい