

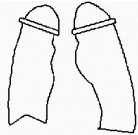
健康診断個人票

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	性別	男・女
住所	〒		

健診年月日

既往歴			
業務歴			
身長	cm		
体重	kg		
腹囲	cm		
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
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		
	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 要注意	
	<input type="checkbox"/> 不適	<input type="checkbox"/> 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		
検査項目		
血液検査	血色素量(g/dl)	
	ヘマトクリット値(%)	
	赤血球数(万/μl)	
	白血球数(x 10 ² /μl)	
	血小板	
肝機能	GOT(IU/l)	
	GPT(IU/l)	
	γ-GTP(IU/l)	
脂質	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)	
血糖		
感染症	ムンプス抗体(IgG)	
	麻疹抗体(IgG)	
	風疹抗体(IgG)	
	水痘抗体(IgG)	
	HCV抗体	+・-
	HBs抗原	+・-
	HBs抗体	+・-
T-SPOT(結核菌特異的IFN-γ)		
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