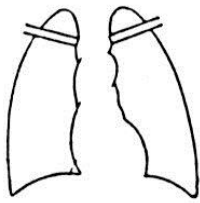


健康診断個人票

氏名				性別	男・女	健診年月日	20	年	月	日
						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) ()				
						左(矯正) ()				
尿	糖	- ± 1+ 2+ 3+			聴力	会話法	1. 聴こえる			
	蛋白質	- ± 1+ 2+ 3+					2. 聴こえない			
	ビリリダシ	± 1+ 2+ 3+ -								
	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)				
									
									
									
胸部X線	直接撮影	NO.....			20 年 月 日					
	1. 異常なし 2. 所見あり (経過観察・要再検・要精査)				医療機関名					
					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。