


(様式4)

## 健康診断個人票

|                     |  |        |      |             |    |
|---------------------|--|--------|------|-------------|----|
| ふりがな                |  |        |      | 性別          |    |
| 氏名                  |  |        |      | 男・女         |    |
| 生年月日                | 昭和   | 年      | 月    | 日           |    |
| 住所                  | 電話番号   |        |      |             |    |
| 血圧                  |  |        |      |             |    |
| 身長・体重・BMI           | 身長 (   | cm)    | 体重 ( | kg) BMI ( ) |    |
| 胸部レントゲン             |  |        |      |             |    |
| 尿検査                 | 糖  | —      | ±    | +           | ++ |
|                     | 蛋白   | —      | ±    | +           | ++ |
|                     | 潜血   | —      | ±    | +           | ++ |
|                     | ウビリノーゲン  | —      | ±    | +           | ++ |
| 視力                  | 右 ( )  | 左 ( )  |      |             |    |
| 聴力                  | 右  | 1000Hz | dB   | 4000Hz      | dB |
|                     | 左  | 1000Hz | dB   | 4000Hz      | dB |
| その他特記事項             |  |        | 所見   |             |    |
| 自覚症状及び他覚症状          |  |        | 既往歴  |             |    |
| 上記の通り診断します。平成 年 月 日 |  |        |      |             |    |
| 医師名                 |  |        | 印    |             |    |