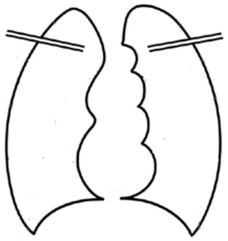
健康診断個人票

[検診年月日：　　年　　月　　日]

<table>
<tr><td colspan="3">氏 名</td><td>男・女</td><td colspan="2">生年月日
年　月　日生</td><td>年 齢
歳</td></tr>
<tr><td colspan="3">業 務 歴</td><td colspan="3"></td><td rowspan="4">胸部ｴｯｸｽ線
検　査
ﾌｨﾙﾑ番号</td><td rowspan="4">直接　間接
撮影　年　月　日

No.</td></tr>
<tr><td colspan="3">既 往 歴</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">自覚症状</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">他覚症状</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">身　　長</td><td colspan="3">cm</td><td rowspan="2">心電図検査</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">体　　重</td><td colspan="3">kg</td></tr>
<tr><td rowspan="2">視 力</td><td>右</td><td colspan="4">（　　）</td><td rowspan="2">その他の検査</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>左</td><td colspan="4">（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">色　　覚</td><td colspan="3"></td><td rowspan="3">医師の指示及び就業上の注意事項</td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">聴 力</td><td>右</td><td>1000Hz</td><td colspan="3">1.所見なし 2. 所見あり</td></tr>
<tr><td></td><td>4000Hz</td><td colspan="3">1.所見なし 2. 所見あり</td></tr>
<tr><td>左</td><td>1000Hz</td><td colspan="3">1.所見なし 2. 所見あり</td></tr>
<tr><td colspan="3">血圧　（mmHg）</td><td colspan="3"></td><td rowspan="3">健康診断を実施した医師の氏名</td><td rowspan="3">㊞</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">尿検査</td><td>糖</td><td colspan="3">－　＋　＋＋　＋＋＋</td></tr>
<tr><td>蛋　白</td><td colspan="3">－　＋　＋＋　＋＋＋</td></tr>
<tr><td colspan="3">備　　考</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

※備　考　「視力」の欄は，矯正していない場合は（　）の外に，矯正している場合は（　）内に記入すること。