

健康診断個人票 (雇入時・法令定期健康診断)

事業所名	
所在地	

氏名	テスト タロウ	生年月日	検査年月日		
		性別	年齢		
業 務 歴		血圧	mmHg		
			貧血検査	白血球数	/μL
				赤血球数	×10 ⁴ /μL
				ヘモグロビン	g/dℓ
				ヘマトクリット	%
血小板数	×10 ⁴ /μL				
既 往 歴		肝機能検査	GOT	U/L	
			GPT	U/L	
			ALP	U/L	
			γ-GTP	U/L	
自覚症状		血中脂肪検査	中性脂肪	mg/dℓ	
			総コレステロール	mg/dℓ	
			HDLコレステロール	mg/dℓ	
			LDLコレステロール	mg/dℓ	
他覚症状		血糖検査	mg/dℓ		
			尿検査	ウロビリノーゲン	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+
				蛋白	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+
				糖	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+
潜血	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+				
身長	cm	心電図検査			
体重	kg				
BMI		その他の法定検査	無し		
腹囲	cm				
視力	右				
	左				
聴力	右			その他の検査	
	1000Hz 30db				<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり
	4000Hz 40db				<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり
	左				
1000Hz 30db	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり				
4000Hz 40db	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり				
胸部エックス線検査	直接			医師の診断	
備考				医師の意見	
		健康診断を実施した 医師の名前 意見を述べた医師の名前 ^⑥		健診会 滝野川メディカルクリニック 東京都北区滝野川3-39-7 TEL : 03-3910-3441 医師	

- 備考
- 労働安全衛生規則第43条、47条又は第48条の雇入時の健康診断を行ったときに用いること。
 - BMIは、次の算式により算出すること。
BMI=体重(kg)/身長(m)²
 - 「視力」の欄は、矯正していない場合は()外に、矯正している場合は()内に記入すること。
 - 「その他の法定検査」の欄は、労働安全衛生規則第47条の健康診断及び安全衛生法第66条第4項の規則により都道府県労働基準局長の支持を受けておこなった健康診断のうち、それぞれの該当欄以外の項目についての結果を記入すること。
 - 「医師の診断」の欄は、異常なし、要請蜜検査、要治療等の医師の診断を記入すること。
 - 「医師の意見」の欄は、健康診断の結果、異常のある所見があると診断された場合に、就業上の措置について医師の意見を記入すること。