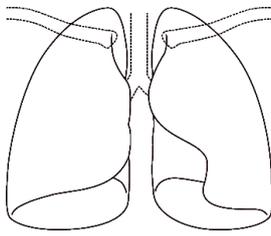


健康診断個人票（雇入時）

ふりがな 氏名	生年月日		昭和・平成	年	月	日	
	性別・年齢		男・女	歳			
業務歴	貧血検査		血色素量 (g/dl)				
			赤血球数 (万/mm ³)				
既往歴	肝機能		GOT (IU/L)				
			GPT (IU/L)				
自覚症状及び他覚症状の有無	血中脂質		中性脂肪 (mg/dl)				
			HDLコレステロール (mg/dl)				
			LDLコレステロール (mg/dl)				
身長 (cm)	血糖検査		血糖 (mg/dl)				
体重 (kg)	尿検査		蛋白				
腹囲 (cm)			糖				
視力	右	()	その他検査	HBs抗原			
	左	()		HBs抗体			
聴力 (オーディオメーターによる検査)	右 1000Hz	1.所見なし 2.所見あり	医師の指示及び就業上の注意事項				
	4000Hz	1.所見なし 2.所見あり					
	左 1000Hz	1.所見なし 2.所見あり					
	4000Hz	1.所見なし 2.所見あり					
心電図検査			令和 年 月 日				
胸部X線検査				〒901-2211 沖縄県宜野湾市宜野湾3-3-13 医療法人緑水会 宜野湾記念病院			
		医師名		印			
		備考					