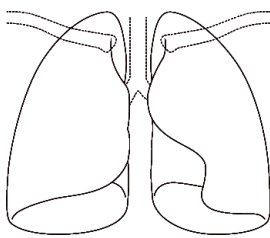


健康診断個人票（雇入時）

フリガナ				生年月日		
氏名				性別・年齢	歳	
住所				血圧	/ mmHg	
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 (AST) (IU/L)	
					GPT (ALT) (IU/L)	
自覚症状				血中脂質	γ-GTP (IU/L)	
他覚症状					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	裸眼	矯正	診察所見		
	左	裸眼	矯正			
聴力 (オーディオメーターによる検査)	右	1000Hz	dB			
		4000Hz	dB			
	左	1000Hz	dB			
		4000Hz	dB			
心電図検査				医師の指示及び就業上の注意事項		
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		