

健康診断個人票

様式4

氏名			生年月日	年	月	日	性別	男・女
			健診年月日	年	月	日	年齢	歳
業務歴			血圧			(mmHg)		
			貧血検査	血色素量 (g/dL)				
既往歴			赤血球数 (×10 ⁶ /μL)					
			感染検査	T P L A (TPHA可)				
		R P R						
		HBs抗原						
自覚症状			HBs・Ab量 (mIU/mL)					
他覚症状			肝機能検査	G O T (IU/L)				
				G P T (IU/L)				
				γ-G T P (IU/L)				
身長 (cm)			血中脂質検査	総コレステロール (mg/dL)				
体重 (kg)				HDLコレステロール (mg/dL)				
視力	右	()		トリグリセライド (mg/dL)				
視力	左	()	血糖検査 (mg/dL)					
聴力	右	1000Hz	尿検査	糖 (mg/dL)				
		4000Hz		蛋白 (mg/dL)				
聴力	左	1000Hz	心電図検査					
		4000Hz						
胸部X線検査	直接・間接		その他の法定検査					
	撮影年月日		その他の検査					
フィルム番号	No.		医師の診断					
備考			医師の意見					
			医 療 機 関 住所 医療機関名 医師氏名			印		

1. 「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。
2. 「その他の法定検査」の欄は、労働安全衛生規則第47条の健康診断及び労働安全衛生法第66条4項の規定により都道府県労働基準局長の指示を受けて行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。
3. 「医師の診断」の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記入すること。
4. 「医師の意見」の欄は、健康診断の結果、異常の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。

ツ反応等	・どちらかに○をすること。 (陰性 ・ 陽性) その他 ()
BCG接種の有無	有 (歳) ・ 無
・結核の治療歴	有 (歳) ・ 無
・化学予防歴	有 (歳) ・ 無