



個人ID

受診票

池田

至聖 花子

様 (男性)

昭和 〇〇年〇〇月〇〇日 生

歳

団体 : 〇〇〇〇〇〇株式会社

保険証記号・番号 :

所属 :

コース : 定期健康診断

社員番号 :

受診日 : yyyy/mm/dd

受付番号

食後 時間 分 10時間以上

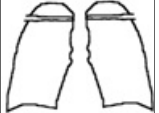

記入	便本数	尿検査(M)	その他

特殊検査、追加検査		

健診検査項目	実施区分	チェック
尿検査	○	
便検査	○	
視力検査	○	
血圧測定	○	
血液検査	○	
身体計測	○	
腹囲測定	○	
安静心電図検査	○	

健診検査項目	実施区分	チェック
医師診察	○	
聴力検査(所見)	○	
胸部X線(デジタル)	○	
胃部X線(デジタル)	○	

項目		
身体計測	身長 <input type="text"/> cm	
	体重 <input type="text"/> kg	
	腹囲 <input type="text"/> cm	
血圧	1回目 <input type="text"/> / <input type="text"/> mmHg	
	2回目 <input type="text"/> / <input type="text"/> mmHg	
聴力	1000Hz 右 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	
	1000Hz 左 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	
	4000Hz 右 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	
	4000Hz 左 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	
既往歴		
治療中の疾患		
診察	<input type="checkbox"/> 異常所見なし	<input type="checkbox"/>

項目		
視力	裸眼視力 右 <input type="text"/> 左 <input type="text"/>	
	矯正視力 右 <input type="text"/> 左 <input type="text"/>	
尿検査	糖 () (±) (+) (2+) (3+) () () () () ()	
	蛋白 () (±) (+) (2+) (3+) () () () () ()	
胸部X線	M <input type="checkbox"/> 加 () (±) (+) (2+) (3+) () () () () ()	
	<input type="checkbox"/> 潜血 () (±) (+) (2+) (3+) () () () () ()	
胸部X線	No. <input type="text"/>	妊娠中または可能性
	<input type="checkbox"/> 間接 	
	<input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> デジタル	
胃部X線	No. <input type="text"/>	未実施理由
	<input type="checkbox"/> 間接 	
	<input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> デジタル	

