

日付: / 予約 : 来院 : 開始 : 会計 :

種別 雇 / 定期 / 英 / J / 電 用紙 なし / あり 身分証 免許・保険・マイナンバー・学生・在留・他()・未

①血圧記録用紙

カルテ番号:

太枠内をご記入ください。

*健康診断の項目は労働安全衛生規則第43条、第66条に基づいております。

フリガナ 氏名 性別 男・女 年齢 歳 生年月日(西暦) 年 月 日 住所 〒 携帯番号 当院での健康診断は何回目ですか。 初回 回目 既往歴の有無 (就業に差し障りのある過去・現在の病気) はい: 年前(歳頃) いいえ 注)診断書に記載いたします。 治療中の病気の有無 はい: 年前(歳頃)~ いいえ 注)診断書に記載いたします。 服用中のお薬の有無 はい: 年前(歳頃)~ いいえ 注)診断書に記載いたします。 自覚症状の有無 (提出先に告知の必要な体調の不調) はい: いいえ 注)診断書に記載いたします。 特殊な業務の有無 はい: ・有機溶剤使用業務 ・原発関係業務 ・医療関係(職種:) ・その他() いいえ 食後何時間ですか。 時間 注)食後6時間未満の場合、検査結果に影響を及ぼす可能性があります。 喫煙:本数・年数 吸わない 本/日 x 年 飲酒:量・回/週 飲まない 本/週 回 (女性)生理中ですか。 いいえ はい => 検査結果に影響を及ぼす可能性があります。 (女性)妊娠の可能性 なし ある => 検査前に必ずスタッフに申し出てください。 領収証の宛名にご希望はありますか。 ない => ご本人様名で発行いたします。 ある => 専用の領収証に記載いただきます。事前に受付スタッフへお伝え下さい。

金額:(所要日数)

0:ヘマトクリット、白血球数、血小板数、MCV、MCH、MCHC、総コレステロール、心電図波形尿(ウロビリノーゲン、潜血、ビリルビン、比重、pH、ケトン体)、標準体重、肥満度

1:色覚、血液型(2)、HbA1c、CRP、T-bil、ALB、TP、LDH ALP、UA、BUN、Cre、eGFR、血沈

2(3):指定用紙、HBs抗原、HBs抗体、HCV抗体、HA抗体、TPHA・RPR

2(3):クミア(尿)、淋菌(尿)、肺活量、喀痰(7)

3(7):HIV、麻疹抗体、ムンプス抗体、風疹抗体、水痘抗体、レントゲンCD(3)

3(7):便検査(赤痢・サルモネラ・O-157・キャンピロバクター・ヒスト・他)、便虫卵、便虫体、便潜血

3(7):ヘブシーゲン、Hピロリ抗体、腫瘍マーカー※1項目毎

5:薬物(覚醒剤・大麻・コカイン)(院内検査)

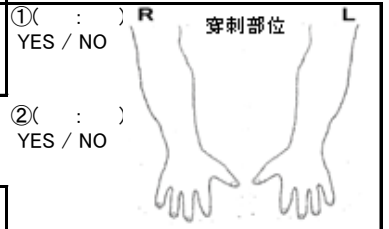
5:診断書コピー※1枚毎、電離(血算・白血球分画)、Express※平日AM・OPなし

10:英文診断書※1枚毎、T-SPOT(7)※土曜・祝前日不可

検査項目 サイン 血圧 ② / P: 胸部Xp ↑↑服薬:有・無 身長・体重 腹囲 cm 視力 裸眼(-1.5) 右 左 矯正(-1.5) 右 g・c 左 g・c 聴力 右 1k Hz(30dB) n.p.(dB) 4k Hz(40dB) n.p.(dB) 左 1k Hz(30dB) n.p.(dB) 4k Hz(40dB) n.p.(dB) 心電図 ②(:) YES / NO 採血 Hb、RBC、LDL、HDL、TG、GOT、GPT、γ-GTP、BS 尿検査 蛋白、糖(口生理中の記載)

身長体重記録用紙

色覚 _____ 胸囲 _____ cm 握力⑤ _____ kg ⑥ _____ kg 肺活量 _____ 体脂肪率 _____ % 呼吸数 _____ bpm 伝票チェック 便・痰容器配布 便・痰容器回収 レントゲンCD レントゲンフィルム



胸部Xp 正常範囲、正常範囲(側弯、大動脈石灰化、胸膜肥厚) A B 炎症性癭痕、気腫様、手術痕、術後、その他() C (1年後再検) D1(要治療) D2(要精査) E(治療継続) ★要確認 ECG 正常範囲、軸偏位(不定軸含)、RSR、IRBBB、PAC、単発PVC、低電位差、右胸心、房性P、highT A B 境界Q、早期脱分極、ST上昇、PQ短縮、I-AVB、平低T、高電位 Wenkebach、WPW、CRBBB、左脚ヘミブロック、QT延長または短縮 39歳以下poorR =>【川崎病の既往: - + 不明】 C (1年後再検) プルガダ =>【意識消失発作: - +、突然死の家族歴: - +】 D1(要治療) D2(要精査) E(治療継続) 異常Q、ST低下、陰性T、Mobitz、上室性頻脈、PVC III度AVB、CLBBB、2枝B、Af 40歳以上poorR =>【川崎病の既往: - + 不明】 診察 異常なし □ 指定用紙に沿って問診(異常:無・有()) □ アレルギー確認 □ 眼疾・耳疾・皮膚疾患・運動・言語 □ 服薬歴・喫煙歴・飲酒歴 □ 電離放射線(眼・皮膚・爪) 医師サイン

3:ツベルクリン反応 ※48h後

結果:

接種: 月 日 時 分

(部位: L・R・接種者:)

医師サイン

判定: 月 日 時 分