

カルテ番号:

太枠内をご記入ください。

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		
健康診断の受診理由は何ですか。	・雇用時 ・海外渡航、留学 ・一般 ・その他( ) ・会社指定		
特殊な業務に就いたことがありますか。	はい: <input type="checkbox"/>	いいえ: <input type="checkbox"/>	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( )
既往歴はありますか。(就業に差し障りのある過去・現在の病気)	はい: <input type="checkbox"/>	いいえ: <input type="checkbox"/>	はい: 年前( 歳頃)
治療中の病気はありますか。	はい: <input type="checkbox"/>	いいえ: <input type="checkbox"/>	はい: 年前( 歳頃)~
服用中のお薬はありますか。	はい: <input type="checkbox"/>	いいえ: <input type="checkbox"/>	はい: 年前( 歳頃)~
自覚症状はありますか。	はい: <input type="checkbox"/>	いいえ: <input type="checkbox"/>	はい: 年前( 歳頃)~
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×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。	

\*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。  
 ヘマトクリット値 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 尿潜血 尿ビリルビン 尿比重 尿pH 尿ケトン体 標準体重 肥満度

・1,000円+消費税

指定用紙 色覚 HbA1c CRP 総ビリルビン(T-bil) ALB(アルブミン) A/G比 GA(グリコアルブミン) 総蛋白(TP) LDH(LD・乳酸脱水素酵素) 尿酸(UA) 尿素窒素(BUN) クレアチニン(Cre) 血液型 血沈(赤沈) 白血球分画 ZTT TTT 血清アミラーゼ(AMY) ALP(アルカリフォスファターゼ) ナトリウム(Na) カリウム(K) クロール(Cl) 尿沈渣 尿アミラーゼ ChE 血清鉄

・2,000円+消費税 ※所要日数:約3日

HBs抗原(HBsAg) HBs抗体(HBsAb) HCV抗体(HCVAb) HA抗体(HAAb) 梅毒(TPHA・RPR) **クラミジア(尿)** **淋菌(尿)** 肺活量 **喀痰** ※約7日

・3,000円+消費税 ※所要日数:約7日

HIV 麻疹抗体(はしか) ムンプス抗体(おたふく) 風疹抗体(三日はしか) 水痘抗体(みずぼうそう) **レントゲンフィルム** ※約7日 **レントゲンCD** ※約3日

**便検査(サルモネラ 腸チフス O-157 赤痢 パラチフス) 便虫卵 便虫体 蟻虫 馬尿酸※要遮光 メチル馬尿酸※要遮光**

**便潜血** ペプシノーゲン **H.ピロリ抗原(便)** H.ピロリ抗体(血液) 腫瘍マーカー(CEA, PSA etc) ※1項目毎 ツバルクリン反応 ※48時間後

・4,000円+消費税

**薬物(覚醒剤・大麻・コカイン)(院内検査)**

・5,000円+消費税

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

・10,000円+消費税

英文診断書※1枚につき

T-SPOT ※土曜・祝前日検査不可、所要日数:約7日

・20,000円+消費税 ※所要日数:約14日

**薬物(覚醒剤・大麻・アヘンアルカロイド系・コカアルカロイド系・幻覚剤)(尿・50cc)**

日付 / 予約時間 : 開始時間 :  
 来院時間 : 会計時間 :

健診種別	雇 / 一般 / 英 / J / 電	指定用紙	なし / あり
身分証	免許証・保険証・学生証・在留・その他( ) / 未確認		
血圧	①	/	P:
	②	/	P:
尿検査	尿蛋白、尿糖 (□ 生理中の記載)		
心電図	正常範囲 医師サイン ① ②		
採血	貧血	Hb, RBC	穿刺部位: ①(時刻 : ), スムースか? Y N ②(時刻 : ), スムースか? Y N
	肝機能	GOT(AST), GPT(ALT) γ-GTP	
	脂質	LDL, HDL トリグリセライド	
	血糖	空腹時血糖	
身長(cm)			
体重(Kg)			
腹囲(cm)			
視力	右(~1.5)	裸眼	矯正 g・c
	左(~1.5)		g・c
聴力	右1000Hz	所見なし(30dB)	所見あり( dB)
	4000Hz	所見なし(40dB)	所見あり( dB)
	左1000Hz	所見なし(30dB)	所見あり( dB)
	4000Hz	所見なし(40dB)	所見あり( dB)
胸部エックス線(直接法)	正常範囲 医師サイン ① ②		
色覚 _____ 胸囲 _____ cm 握力(⊕) _____ kg(⊕) _____ 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

医師の診察・意見	<input type="checkbox"/> 指定用紙に沿って問診 (異常: 無・有 ( )) <input type="checkbox"/> アレルギー確認 <input type="checkbox"/> 眼疾・耳疾・皮膚疾患・運動・言語 <input type="checkbox"/> 服薬歴・喫煙歴・飲酒歴 <input type="checkbox"/> 電離放射線(眼・皮膚・爪)			
既往歴	至急	再検査	就業可	就業不可
自覚症状	3ヶ月後	超音波( )	治療開始のもと	
他覚症状	6ヶ月後	CT( )	主治医の治療継続のもと	
心雑音	1年後	MRI( )	内科	循環器内科
心電図			呼吸器内科	代謝・内分泌科
胸部レントゲン				

既往歴	至急	再検査	就業可	就業不可
自覚症状	3ヶ月後	超音波( )	治療開始のもと	
他覚症状	6ヶ月後	CT( )	主治医の治療継続のもと	
心雑音	1年後	MRI( )	内科	循環器内科
心電図			呼吸器内科	代謝・内分泌科
胸部レントゲン				

接種:	月	日	時	分
診察:	月	日	時	分
結果:				