

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: います	・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。(入院するような過去の病気)	はい: 年前(歳頃)	注)診断書に記載いたします。	
治療中の病気はありますか。	はい: 年前(歳頃)~	注)診断書に記載いたします。	
服用中のお薬はありますか。	はい: 年前(歳頃)~	注)診断書に記載いたします。	
自覚症状はありますか。	はい: 年前(歳頃)~	注)診断書に記載いたします。	
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。	

ハマトリクト値 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

・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・コカイン系・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	顔写真付き(あり・なし) / 未確認		
血圧	① / P:		
	② / P:		
尿検査	尿蛋白、尿糖 (□ 生理中の記載)		
視力	右(~1.5)	裸眼	矯正 g・c
	左(~1.5)		g・c
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:), スムーズか? Y N
	肝機能	GOT(AST), GPT(ALT) γ-GTP	②(時刻:), スムーズか? Y N
	脂質	LDL, HDL トリグリセライド	R L
	血糖	空腹時血糖	
身長(cm)			
体重(Kg)			
腹囲(cm)			
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)	医師サイン
----------	--	-------

・既往歴 ・自覚症状 ・心雑音 ・血圧 ・心電図 ・胸部レントゲン	・就業可 ・就業不可 ・3ヶ月後 6ヶ月後 1年後 再検査 ・主治医の治療のもと ・治療開始のもと ・念のため画像検査(頭部/胸部/腹部/超音波/CT/MRI/) ・内科 ・循環器内科 / 呼吸器内科 受診
--	--

接種:	月	日	時	分
診察:	月	日	時	分
結果:				