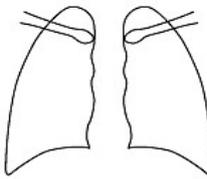


(見本) 健康診断個人票 (雇入時)

事業所名	
所在地	

氏名	(見本)	生年月日	「患者生年月日」	健診年月日	「現在の年月日」	
		性別	「患者性別」	年齢	「患者年齢」	
業務歴	(見本)	血 圧 (m m H g)				
既往歴	(見本)	貧血検査	血色素量 (ヘモグロビン) (g/dℓ)			
			赤血球数 (万 / μ L)			
			※白血球数 (個 / μ L)			
			※ヘマトクリット値 (%)			
自覚症状	(見本)	肝機能検査	G O T (AST) (IU/ℓ)			
他覚症状	(見本)		G P T (ALT) (IU/ℓ)			
			γ-GTP (I U / ℓ)			
			※			
※内科診察	(見本)	血中脂質検査	LDL コレステロール (mg/dℓ)			
			HDL コレステロール (mg/dℓ)			
			中性脂肪(トリグリセリド) (mg/dℓ)			
			※総コレステロール (mg/dℓ)			
身長 (cm)	(見本)	血 糖 検 査 (m g / d ℓ)				
体重 (kg)	(見本)	※HbA1C (%)				
		※尿酸検査 (mg/dℓ)				
BMI (肥満度)	(見本)	尿 検 査	糖			
腹 囲 (cm)	(見本)		蛋 白			
			※ウロビリノーゲン			
		※ 潜 血				
視力	右 ()	心 電 図 検 査				
	左 ()	色 覚				
聴力	右 1000Hz	<input type="checkbox"/> 1.所見なし <input type="checkbox"/> 2.所見あり	B U N (尿 素 窒 素) (m g / d ℓ)			
	4000Hz	<input type="checkbox"/> 1.所見なし <input type="checkbox"/> 2.所見あり	ク レ ア チ ニ ン (m g / d ℓ)			
	左 1000Hz	<input type="checkbox"/> 1.所見なし <input type="checkbox"/> 2.所見あり	e G F R (m L / m i n / 1.73 m ²)			
	4000Hz	<input type="checkbox"/> 1.所見なし <input type="checkbox"/> 2.所見あり	そ の 他 の 検 査			
胸部エックス線検査	直接撮影 (デジタル撮影) 「現在の年月日」		医 師 の 診 断			
フィルム番号	No.			健康診断を実施した医師の氏名 (印)	印	
				医 師 の 意 見		
				意見を述べた医師の氏名 (印)		印
				歯科医師による健康診断 歯科医師による健康診断を実施した 歯科医師の氏名 (印)		
備 考			歯 科 医 師 の 意 見			
			意見を述べた歯科医師の氏名 (印)			

備 考

- 労働安全衛生規則第 43 条、第 47 条若しくは第 48 条の雇入時の健康診断又は労働安全衛生法第 66 条第 4 項の健康診断を行ったときに用いること。
- BMI は、次の計算式により算出すること。

$$BMI = \frac{\text{体重 (kg)}}{\text{身長 (m)}^2}$$
- 「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。
- 「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 条第 4 項の健康診断のうち、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。
- 「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。
- 「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。
- 「歯科医師による健康診断」の欄は、労働安全衛生規則第 48 条の健康診断を実施した場合に記入すること。
- 「歯科医師の意見」の欄は、歯科医師による健康診断の結果、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歯科医師の意見を記入すること。

注 ※印は法定外の記載事項です。