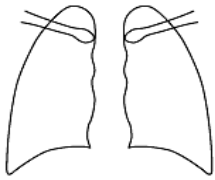


# 健康診断個人票 (雇入時)

事業所名	
所在地	

氏名	○○○ ○○○		生年月日	○○年○○月○○日	健診年月日	平成○年 ○月 ○日	
			性別		年齢	○○歳	
業務歴			血圧 (mmHg)				
既往歴			貧血検査	血色素量(ヘモグロビン) (g/dℓ)			
				赤血球数 (万 / m <sup>3</sup> )			
				※白血球数 (個 / m <sup>3</sup> )			
				※ヘマトクリット値 (%)			
自覚症状			肝機能検査	GOT (IU / ℓ)			
				GPT (IU / ℓ)			
				γ-GTP (IU / ℓ)			
他覚症状				※			
				※			
※内科診察			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)			血糖検査 (mg / dℓ)				
体重 (kg)			※尿酸検査 (mg/dℓ)				
			※HbA1C (%)				
BMI			尿検査	糖			
				蛋	白		
腹囲 (cm)				※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	※ 消化器 検査				
	4000Hz	<input type="checkbox"/> 1.所見なし <input type="checkbox"/> 2.所見あり	その他の法定検査				
	左 1000Hz	<input type="checkbox"/> 1.所見なし <input type="checkbox"/> 2.所見あり	その他の検査				
	4000Hz	<input type="checkbox"/> 1.所見なし <input type="checkbox"/> 2.所見あり					
胸部エックス線検査	<input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> 間接		医師の診断				
	撮影年月日		異常なし				
フィルム番号	 No		〒○○○ ○○○○○○○○○○○○				
			TEL 000-000-0000				
			健康診断を実施した医師の氏名 ㊟				○○クリニック ○○○印
			医師の意見				異常なし
			意見を述べた医師の氏名 ㊟				○○クリニック ○○○印
備考			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 ㊟				
			歯科医師の意見				
			意見を述べた歯科医師の氏名 ㊟				

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。