

健康診断実施内容確認書

※太枠内の記入をお願いいたします

会社名	様
郵便番号	ご担当者様(確認者様)
住所	
電話番号	
FAX番号	

※ご依頼項目に○をお付けください

項目1	項目2	ご依頼項目	確認欄
既往歴			
喫煙歴			
服薬歴			
業務歴			
自覚症状			
他覚症状			
血圧(mmHg)			
身長(cm)			
体重(kg)	※BMI		
腹囲(cm)			
視力	右 左		
聴力	右1000Hz		
	4000Hz		
	左1000Hz		
	4000Hz		
胸部レントゲン検査			
血液一般	白血球		
	赤血球		
	ヘモグロビン		
	ヘマトクリット		
	血小板数		
肝機能検査	GOT(U/l)		
	GPT(U/l)		
	γ-GTP(U/l)		
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(mg/dl)		
	血清コレステロール		
血糖検査(mg/dl)			
尿検査	糖		
	蛋白		
心電図検査			
空腹時超音波検査			
眼底検査			
前立腺がんPSA検査			
歯科健診			
その他の検査			
内科診察			
総合診断			