

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: <input type="checkbox"/> 有機溶剤使用業務 <input type="checkbox"/> 原発関係業務 <input type="checkbox"/> 医療関係(職種:) <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/>	
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。	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

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

指定用紙 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※要避光 メチル馬尿酸※要避光

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 ツェルクリン反応 ※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			
胸部レントゲン			呼吸器内科 代謝・内分泌科

接種: 月 日 時 分
 診察: 月 日 時 分
 結果: