

健康診断個人票（雇入れ時）

※ 太枠内をご記入の上、健康診断受診時に伊丹病院1階健（検）診受付窓口までご持参ください。

伊丹市役所 様式1

氏名		男・女	生年月日	年	月	日		
住所								
身長	cm		体重	kg	腹囲	cm		
視力	右	裸眼 . 矯正(.)	血圧	~				
	左	裸眼 . 矯正(.)	聴力	右	1000Hz	dB · 4000Hz dB		
胸部X線検査(直接)の所見 				左	1000Hz	dB · 4000Hz dB		
			聴力検査の結果 所見なし(正常) · 要経過観察 · 要精密検査					
			尿検査	糖				
				蛋白				
			貧血検査	赤血球数 $\times 10^4 / \mu\text{l}$				
血色素数 g/dl								
肝機能検査	AST IU/L							
	ALT IU/L							
	γ -GT IU/L							
心電図の所見	血中脂質検査	トリグリセライド mg/dl						
		HDLコレステロール mg/dl						
		LDLコレステロール mg/dl						
医師の指示・就業上の注意 就業について 可能 · 不可	血糖検査	血糖値 mg/dl						
		既往歴						
その他の検査								
令和 年 月 日 検査								
所在地								
名称								
医師名								
印								