

# 健康診断個人票

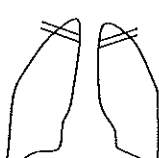
		受診年月日		年 月 日			
フリガナ		生 年 月 日	西 曆	年 月 日生	年 齡	性 別	男・女
氏 名							
住 所	〒						

現病歴	
既往歴	
業務歴	
自覚症状	
他覚症状	

内 科 診 察 所 見

身 長	cm		
体 重	kg		
視 力	右	(矯正 )	
	左	(矯正 )	
BMI			
聴 力 検 査	右	簡易聴力	1 所見なし    2 所見あり
		1000HZ	1 所見なし    2 所見あり
		4000HZ	1 所見なし    2 所見あり
	左	簡易聴力	1 所見なし    2 所見あり
		1000HZ	1 所見なし    2 所見あり
		4000HZ	1 所見なし    2 所見あり
血 圧	/ mmHg		
尿 検 査	糖 ( ) 蛋白 ( )		

総 合 判 定
<p>A. 今回の検査範囲では異常ありません</p> <p>B. ほぼ正常</p> <p>C. 要経過観察</p> <p>D. 要再検査</p> <p>E. 要精密検査</p> <p>F. 要医療</p> <p>G. 治療継続</p>
<p>&lt;実施医療機関名&gt;</p> <p>医療法人社団 望星会</p> <p style="text-align: center;">本厚木メディカルクリニック</p> <p>〒243-0013</p> <p>神奈川県厚木市泉町3-14 東友ビル3階</p> <p style="text-align: right;">TEL046-227-6211</p>
<p>医師名 _____ 印 _____</p>

胸部エックス線 検査  (直接撮影)	
-----------------------------	---