

# 健康診断受診票

●裏面に受診前の注意事項が記載されています●

受診日  受診NO

企業名 団体 ライフサポートクリニック 企業

所属 健診課

フリガナ ヤマダ タロウ  
氏名 山田 太郎

個人ID

生年月日 昭和〇年〇月〇日 年齢 〇〇歳 性別

保険記号 - 番号

**前回値がない(初めて受診する)場合と  
前回値がある受診者の中で、**  
 ◎身長が前回値より「**±1cm以上**」  
 ◎体重が前回値より「**±5kg以上**」の場合、  
 本人に確認し、確認に○を付ける

コース・追加検査

計測

身長 前回値     cm 165.2  確認

体重 前回値     kg 58.5  サインor印鑑

**記入する際の注意点**

①H・HB黒鉛筆、シャーペンで**筆圧強め**に記入をする

②後日機械で数値を読み取るので**殴り書きにならないようにする**

機械で読み取れない数値の書き方

**×**

機械で読み取れる数値の書き方

**○**

裸眼 矯正

前回値   (   )  確認

前回値   (   )  眼鏡忘れ

値    -

1:貧血  2:心雑音  3:不整脈  4:甲状腺腫

値  99:その他 (  )

前回結果に対するの病院受診は?(有・無)

異常なし  要観察  要精査

妊娠中可能性

聴力

右 前回値 所見なし  所見あり

4000H 前回値 所見なし  所見あり

1000H 前回値 所見なし  所見あり

4000H 前回値 所見なし  所見あり

左 既知  補聴器

採血 飲食 無  有  飲食後(  ) 時間

心電図 血糖 血算 生化  サインor印鑑

腹囲 前回値     cm  確認  サインor印鑑

前回結果判定 実施日 No.


判定基準 A:異常なし B:ほぼ異常なし C:要経過観察 D:要再検査 E:要精密検査 F:要治療 G:治療継続