

# < 雇入時健康診断について（完全予約制） >

下記はご予約時に必要な情報になります。ご確認後、お問い合わせ頂きますようお願い申し上げます。

1. 所定用紙	所定用紙がない場合は、当クリニックの様式で診断書を作成します。 (図1をご参照下さい。)
2. 検査項目	図1の検査項目と異なる場合は、お問い合わせ時にお知らせ下さい。 (図1をご参照下さい。)

## 図1

氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女		健診年月日	令和	年	月	日
		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 ・ <input type="checkbox"/> 平成		年	月	日	年齢	才
既往歴		血液項目	単位	結果	血液項目	単位	結果		
		赤血球数	×10000						
自他覚所見		血色素量	g/dl						
		AST	U/L						
		ALT	U/L						
身長 (cm)		γ-GT	U/L						
		HDL-コレステロール	mg/dL						
体重 (kg)		LDL-コレステロール	mg/dL						
BMI		中性脂肪	mg/dL						
腹囲 (cm)		尿酸	mg/dL						
血圧 (mmHg)	/	グルコース	mg/dL						
視力	右	(矯正: )	HbA1c	%					
	左	(矯正: )			尿項目	単位	結果		
聴力	右 1000Hz	<input type="checkbox"/> 所見なし			尿蛋白				
		<input type="checkbox"/> 所見あり ( dB 聞こえず )			尿糖				
	右 4000Hz	<input type="checkbox"/> 所見なし							
		<input type="checkbox"/> 所見あり ( dB 聞こえず )							
左 1000Hz	<input type="checkbox"/> 所見なし								
	<input type="checkbox"/> 所見あり ( dB 聞こえず )								
左 4000Hz	<input type="checkbox"/> 所見なし								
	<input type="checkbox"/> 所見あり ( dB 聞こえず )								
胸部エックス線検査 (直接撮影)		その他の法定検査							
		撮影日 : 令和 年 月 日	その他の検査						
心電図		医師の診断							
		備考							