

地方独立行政法人市立吹田市民病院職員定期健康診断等委託業務 仕様書

別紙 4 健康診断個人票

健康診断個人票

吹田市

フリガナ			生年月日	年 月 日		雇入年月日	年 月 日		職員番号 No.	
氏名			性別		職種		血液型		色覚	
健診年月日										
年齢										
所属名										
健康診断の名称										
既往歴										
治療中の病名										
自覚症状										
他覚症状										
身長 (cm)	BMI									
体重 (kg)	腹囲 (cm)									
視力 (遠方)	右	・ (・)	・ (・)	・ (・)	・ (・)	・ (・)	・ (・)	・ (・)	・ (・)	・ (・)
視力 (近方)	右	・ (・)	・ (・)	・ (・)	・ (・)	・ (・)	・ (・)	・ (・)	・ (・)	・ (・)
聴力	右1000Hz	左1000Hz								
	4000Hz	4000Hz								
検査方法										
胸部エックス線検査										
フィルム番号										
血圧(mmHg)										
心拍数										
尿検査	糖	蛋白								
	潜血	ウロビリノーゲン								
心電図検査										
眼底検査										
血液検査 (その他の検査)										
医師の指示及び就業上の注意事項										
健康診断を実施した医師の氏名 ^⑥										
医師の意見										
意見を述べた医師の氏名 ^⑥										