

社員 No.		性別	
生年月日		起算日年齢	

コース名称

協会 ID

カルテ No.

健診日

仮

妊娠又は妊娠の可能性がある はい いいえ

食後時間 空腹 食後 時間 2次検査

受診 No. 右づめ

身体計測	今回値	前回値
身長	<input type="text"/>	<input type="text"/>
体重	<input type="text"/>	<input type="text"/>
腹囲 <input type="checkbox"/> 実測 <input type="checkbox"/> 自己	<input type="text"/>	<input type="text"/>
体脂肪	<input type="text"/>	<input type="text"/>

血圧	最高	最低	前回値
1回目	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2回目	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
脈拍数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

検尿	未検	生理
蛋白	<input type="text"/>	<input type="text"/>
潜血	<input type="text"/>	<input type="text"/>
糖	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ウロ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
比重	<input type="text"/>	<input type="text"/>

聴力 (オーディオ)
1K 右 <input type="text"/>
4K 右 <input type="text"/>

聴力 (全項目)
250Hz 右 <input type="text"/>
500Hz 右 <input type="text"/>
1000Hz 右 <input type="text"/>

胸部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胃部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
マンモ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input checked="" type="checkbox"/> 実施	血液検査 1	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 実施	電図 2	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 実施	腹部超音波 4	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 実施	乳房超音波 5	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 実施	喀痰 7	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 実施	大腸内視鏡	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 実施	注腸 X線	<input type="checkbox"/>

実施した検査項目の「実施」欄に「/」スラッシュを入れる。

視力	裸眼	矯正 (メガネ)	矯正 (コンタクト)
遠点	右 <input type="text"/>	右 <input type="text"/>	右 <input type="text"/>
近点	右 <input type="text"/>	右 <input type="text"/>	右 <input type="text"/>

握力 右 左 実施 骨密度

肺機能検査	
肺活量 (ml)	<input type="text"/>
%肺活量 (%)	<input type="text"/>
努力性肺活量 (ml)	<input type="text"/>
1秒量 (ml)	<input type="text"/>

医師記入欄
聴力 (会話法) 右 <input type="checkbox"/>
腹部触診 <input type="checkbox"/>

他覚所見
<input type="checkbox"/> 所見なし
診察判定 <input type="checkbox"/>

特記欄 (40文字)

二次検査履歴

スタッフメモ欄

