

# 特殊健康診断受診依頼表

事業所名	会場名
健診年月日 平成 年 月 日	受付時間

受付番号	フリガナ	トッケンタロウ
氏名	特健 太郎 様	
性別	男性 / 女性	職員コード
生年月日	4 03 年 11 月 07 日	年齢
所属コード	2000	所属名
雇入	3 昭和	

太枠内をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	石綿		
<input type="checkbox"/>	有害光線		
<input type="checkbox"/>	レーザー光線		
<input type="checkbox"/>	電離放射線		
<input type="checkbox"/>	騒音		
<input type="checkbox"/>	振動業務		
<input type="checkbox"/>	引金工具		
<input type="checkbox"/>	VDT		

眼底	右 No.		
	左 No.		
胸部 X線	No.		
	mAs値		mAs
握力	利き手	1 右	2 左
	右		kg
	左		kg
肺機能	身長		m
	満年齢		歳
	秒量予測値		ℓ
	肺活量予測値		ℓ
	肺活量		ℓ
	努力肺活量		ℓ
	1 秒量		ℓ
1 秒率		%	
% 1 秒量		%	
% 肺活量		%	

記入例

検査項目	実施	検査値	検査内容
尿検査	<input type="checkbox"/>		黄色
	<input type="checkbox"/>	代謝物	茶色
	<input type="checkbox"/>	沈渣	透明
血圧	<input type="checkbox"/>		
視力	1 メガネ、2 コンタクト 以下		
	遠方	右 裸	
		矯( )	
	左 裸		
		矯( )	
	50cm 近	右 裸	
矯( )			
33cm 方	左 裸		
	矯( )		
両眼	裸		
	矯( )		
騒音	<input type="checkbox"/>	検査値は受診票 (聴力)	
振動	<input type="checkbox"/>	検査値は受診票 (血圧以外)	
引金	<input type="checkbox"/>	検査値は受診票 (視力以外)	
VDT	<input type="checkbox"/>	検査値は受診票	
その他	<input type="checkbox"/>		
問診	<input type="checkbox"/>	業務内容、既往歴、自覚症状ほか	

医師診察	医師名・医師コード
健診受診確認	