

V D T 健康診断個人票

氏名	生年月日		年 月 日		雇入年月日		年 月 日	
	性別		男 ・ 女					
健診年月日			年 月 日		年 月 日		年 月 日	
業務歴	作業内容		<input type="checkbox"/> 入力型 <input type="checkbox"/> 監視型 <input type="checkbox"/> 混合型		<input type="checkbox"/> 入力型 <input type="checkbox"/> 監視型 <input type="checkbox"/> 混合型		<input type="checkbox"/> 入力型 <input type="checkbox"/> 監視型 <input type="checkbox"/> 混合型	
	1日の作業時間 (以前3か月間の平均時間)		<input type="checkbox"/> 1時間未満 <input type="checkbox"/> 1時間以上 3時間未満 <input type="checkbox"/> 3時間以上 5時間未満 <input type="checkbox"/> 5時間以上 8時間未満 <input type="checkbox"/> 8時間以上		<input type="checkbox"/> 1時間未満 <input type="checkbox"/> 1時間以上 3時間未満 <input type="checkbox"/> 3時間以上 5時間未満 <input type="checkbox"/> 5時間以上 8時間未満 <input type="checkbox"/> 8時間以上		<input type="checkbox"/> 1時間未満 <input type="checkbox"/> 1時間以上 3時間未満 <input type="checkbox"/> 3時間以上 5時間未満 <input type="checkbox"/> 5時間以上 8時間未満 <input type="checkbox"/> 8時間以上	
既往歴			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 白内障治療中 <input type="checkbox"/> 緑内障治療中 <input type="checkbox"/> 網膜症治療中 <input type="checkbox"/> その他の眼疾患治療中 <input type="checkbox"/> 白内障定期検査中 <input type="checkbox"/> 緑内障定期検査中 <input type="checkbox"/> 網膜症定期検査中 <input type="checkbox"/> その他眼疾患定期検査中		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 白内障治療中 <input type="checkbox"/> 緑内障治療中 <input type="checkbox"/> 網膜症治療中 <input type="checkbox"/> その他の眼疾患治療中 <input type="checkbox"/> 白内障定期検査中 <input type="checkbox"/> 緑内障定期検査中 <input type="checkbox"/> 網膜症定期検査中 <input type="checkbox"/> その他眼疾患定期検査中		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 白内障治療中 <input type="checkbox"/> 緑内障治療中 <input type="checkbox"/> 網膜症治療中 <input type="checkbox"/> その他の眼疾患治療中 <input type="checkbox"/> 白内障定期検査中 <input type="checkbox"/> 緑内障定期検査中 <input type="checkbox"/> 網膜症定期検査中 <input type="checkbox"/> その他眼疾患定期検査中	
自覚症状			<input type="checkbox"/> 眼疲労 <input type="checkbox"/> 体軸筋のこり・痛み <input type="checkbox"/> 精神神経疲労		<input type="checkbox"/> 眼疲労 <input type="checkbox"/> 体軸筋のこり・痛み <input type="checkbox"/> 精神神経疲労		<input type="checkbox"/> 眼疲労 <input type="checkbox"/> 体軸筋のこり・痛み <input type="checkbox"/> 精神神経疲労	
眼科学的検査	視力検査	遠方視力 5m	右	左	右	左	右	左
		近方視力 30cm	右	左	右	左	右	左
	眼位検査		外 1 2 3 4 5 6 7 8 9 外		外 1 2 3 4 5 6 7 8 9 外		外 1 2 3 4 5 6 7 8 9 外	
	調節機能検査	近点距離検査	右	左	右	左	右	左
		調整時間検査	右	左	右	左	右	左
	眼圧検査		右	左	右	左	右	左
その他の検査								
関筋す骨る格検査に	視診及び触診							
	握力検査 (kg)		右	左	右	左	右	左
	タッピングテスト (右)		示指	中指	示指	中指	示指	中指
	(左)		示指	中指	示指	中指	示指	中指
その他の検査								
その他の検査								
医師の診断								
健康診断を実施した医師の氏名								
医師の意見								
意見を述べた医師の氏名								