


健康診断書

ふりがな				生年月日	昭和・平成	年	月	日生			
氏名				性別	男・女	年齢	歳				
	住所										
業務歴				貧血検査	赤血球数	×10 ⁴ /mm ³					
					血色素量	g/dl					
既往歴				肝機能検査	AST(GOT)	U/l					
					ALT(GPT)	U/l					
自覚症状				血中脂質検査	γ-GTP	U/l					
他覚症状					LDLコレステロール	mg/dl					
				HDLコレステロール	mg/dl						
			中性脂肪	mg/dl							
身長	. cm			血糖検査	mg/dl						
体重	. kg			尿検査	糖	- ± + ++ +++					
BMI	腹囲	cm			蛋白	- ± + ++ +++					
血圧	/ mmHg			心電図検査	(No.)						
身体所見											
視力(矯正)	右	(.)		胸部レントゲン所見	直接撮影 月 日 (No.)						
	左	(.)									
聴力	右1000Hz	1.所見なし	2.所見あり								
	4000Hz	1.所見なし	3.所見あり								
	左1000Hz	1.所見なし	2.所見あり								
	4000Hz	1.所見なし	3.所見あり								
BCG接種有無	1.有 2.無			最終ツ反結果							
その他の検査											
総合所見											
備考											
<p>上記のとおり診断する</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>医療機関所在地</p> <p>医療機関名</p> <p>医師名</p>											
						公印					
						印					