


# 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 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>					
					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						
身長	. cm			血糖検査	mg/dℓ						
	. kg				尿検査	糖	- ± + ++ +++				
BMI	腹囲	cm		蛋白		- ± + ++ +++					
血圧	/ mmHg			心電図検査	(No. )						
身体所見					胸部レントゲン所見 直接撮影 月 日 (No. ) 						
視力(矯正)	右	( . )		胸部レントゲン所見							
	左	( . )									
聴力	右1000Hz	1.所見なし	2.所見あり					胸部レントゲン所見			
	4000Hz	1.所見なし	3.所見あり								
聴力	左1000Hz	1.所見なし	2.所見あり	胸部レントゲン所見							
	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					