

健康診断書

氏名	生年月日		昭和・平成 年 月 日		性別	男・女
	検診年月日		平成 年 月 日		年齢	歳
業務歴			血圧 (mmHg)		/	
既往症	あり・なし		貧血検査	血色素量 (g/dl)		
自覚症状	あり・なし			赤血球数 (万/mm)		
他覚症状	あり・なし		肝機能検査	GOT (IU/l)		
身長 (cm)	cm			GPT (IU/l)		
体重 (Kg)	kg			γ-GPT (IU/l)		
腹囲 (cm)	cm		血中脂質検査	トリグリセリド (mg/dl)		
視力	右	()		HDLコレステロール (mg/dl)		
	左	()		LDLコレステロール (mg/dl)		
聴力	右 1000Hz	所見あり・所見なし	血糖検査 (mg/dl)			
	右 4000Hz	所見あり・所見なし	尿検査	糖		
	左 1000Hz	所見あり・所見なし		蛋白		
	左 4000Hz	所見あり・所見なし	感染症	HBs抗原		
胸部X線検査 撮影 平成 年 月 日 検査結果 (所見) 異常あり・異常なし		HBs抗体				
		HCV				
		心電図検査		異常あり・異常なし		
医師の指示及び就業上の注意事項						
備考						

平成 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

印