

## 健康診断書

実施年月日

年 月 日

受診者	住 所						
	氏 名		生年月日	年 月 日( 歳)	性別	男・女	
既往歴							
自覚症状							
他覚症状							
身長	cm	体重	kg	腹囲			
視 力	右	( )		胸部 X線検査	撮影 直接・間接 年 月 日	X線異常所見 なし あり	
	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 4 所見あり				
		4000Hz	1 所見なし 5 所見あり				
血 圧		(mmHg)					
貧 血 検 査		赤血球数	万/uℓ	血色素量	g/dℓ	%	
肝 機 能 検 査		GOT	(u/ℓ)	GPT	(u/ℓ)	γ-GTP (u/ℓ)	
脂 質 検 査		LDLコレステロール (mg/dℓ)		HDLコレステロール (mg/dℓ)			
		トリグリセライド (mg/dℓ)		血糖検査 (mg/dℓ)			
尿 検 査		糖( )	蛋白( )	ウロビリノーゲン( )			
心 電 図 検 査							
そ の 他 の 法 定 検 査							
その他の検査							
医 師 の 診 断							
医 師 の 意 見							
摘 要		1 勤務に支障がない。 2 その他					
実施機関名 及び 医師氏名		所在地	機 関 名	電話番号	医師氏名	㊞	