

## 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			
	左	( )							
聴 力	右	1000Hz	1 所見なし 2 所見あり			X線異常所見	なし 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					
		機 関 名		電 話 番 号					
		医師氏名		Ⓔ					