

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	()		撮影	直接・間接	年 月 日	
	左	()			胸部 X線 検査	X線異常所見 なし あり	
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				
力	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	(印)		