

健康診断書

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	昭和 年 月 日 (才)		
職 種		健診年月日	平成 年 月 日		
既往歴		業 務 歴			
自覚症状		他覚症状			
身 長	cm	体 重	kg		
視 力	右	裸眼 矯正	聴力 右 1000Hz 4000Hz		
	左	裸眼 矯正	聴力 左 1000Hz 4000Hz		
胸部エックス線	直接 間接		血 圧(mmHg)	最 高	
				最 低	
			貧血検査	血色素量(g/dl)	
				赤血球数(万/mm ³)	
肝機能検査	GOT(IU/l)		血中脂質検査	総コレステロール(mg/dl)	
	GPT(IU/l)			トリグリセライド(mg/dl)	
	-GTP(IU/l)			HDL コレステロール(mg/dl)	
血糖検査(mg/dl)		尿検査	糖	- + ++ +++	
RPR	- +		蛋白	- + ++ +++	
HBs抗原	- +	HBs抗体		- +	
HCV抗体	- +				
心電図検査					
備考(就業上の注意事項等)					
上記のとおり診断いたします。					
平成 年 月 日		名 称			
		所在地			
		医師名		印	