

健康診断書

氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日 年齢()
既往歴		胸部X線検査		直接・間接 年 月 日	
自覚症状					
他覚症状		貧血検査	最大 ~ 最小		
		肝機能検査	No.		
身長	cm	血中脂質検査	血色素量 (g/dl)		
体重	kg		赤血球数 (万/mm ³)		
BMI			GOT (IU/l)		
腹囲	cm	血糖検査	GPT (IU/l)		
			γ-GTP (IU/l)		
視力	右	裸眼() 矯正()	尿検査	糖 - ± + ++ +++	
	左	裸眼() 矯正()		蛋白 - ± + ++ +++	
聴力	右 1000Hz 4000Hz	所見あり・所見なし 所見あり・所見なし	心電図検査		
	左 1000Hz 4000Hz	所見あり・所見なし 所見あり・所見なし	その他の検査		
就労可否	就労 可 ・ 不可 ※可・不可いずれかに○をつけてください。				
医師の意見					
作成年月日		検診医	住 所	印	
年 月 日			医療機関名		
			氏 名		

備考 「医師の意見」欄は、健康診断の結果、異常の所見があると判断された場合に記入してください。