

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	No.			
		肝機能検査	血圧	最大	～最小	
身長		cm	血色素量 (g/dl)			
			赤血球数 (万/mm ³)			
			GOT (IU/l)			
体重		kg	GPT (IU/l)			
			γ-GTP (IU/l)			
			LDLコレステロール (mg/dl)			
BMI			HDLコレステロール (mg/dl)			
腹囲		cm	トリグリセライド (mg/dl)			
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		
年 月 日				医療機関名		
				氏 名		
				印		

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。