

# 健 康 診 断 書

氏 名			生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日		
			性 別	男 ・ 女	年 齢	歳		
業 務 歴			血 圧 (mmHg)					
			貧血検査	血 色 素 量 (g/dl)				
既 往 歴			赤 血 球 数 (万/m <sup>3</sup> )					
			肝機能	G O T (IU/l)				
自 覚 症 状			検 査	G P T (IU/l)				
				γ - G T P (IU/l)				
				血中脂質			LDLコレステロール (mg/dl)	
他 覚 症 状			検 査	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)	
身 長 ( c m )			尿検査	糖	- + ++ +++			
				蛋白	- + ++ +++			
体 重 ( k g )			心電図検査					
B M I			その他の検査					
腹 囲 ( c m )								
視力	右	( )		医師の診断				
	左	( )						
聴力	右 1000Hz	1 所見なし	2 所見あり					
	4000Hz	1 所見なし	2 所見あり					
	左 1000Hz	1 所見なし	2 所見あり	健康診断を実施した病院名及び医師の氏名				
	4000Hz	1 所見なし	2 所見あり					
胸部エックス線検査		直接	間接			⑩		
		撮影	年 月 日	医師の意見				
フィルム番号		No.		意見を述べた医師の氏名				
備 考								