

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 ³)				
			肝機能				
自 覚 症 状			G O T (IU/l)				
			検 査 G P T (IU/l)				
			γ - G T P (IU/l)				
他 覚 症 状			血中脂質				
			検 査 LDLコレステロール (mg/dl)				
			HDLコレステロール (mg/dl)				
身 長 (c m)			トリグリセライド (mg/dl)				
			血糖検査 (mg/dl)				
			尿検査	糖			-
体 重 (k g)			蛋 白				
			-	+			++
B M I			心電図検査				
腹 囲 (c m)			その他の検査				
視力	右	()	医師の診断				
	左	()					
聴力	右 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				
	左 1000Hz	1 所見なし	2 所見あり				
	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.					
備 考				意見を述べた医師の氏名			