

健康診断書

※ 医師の割印

	現住所	TEL			
	氏名				
	性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日 年齢 (歳)
	検査年月日	令和	年	月	日

既往歴 (発病年齢、病名等)		尿検査	糖	- ± + ++ ≡
現病歴 (発病年齢、病名、治療状況等)		貧血検査	蛋白質	- ± + ++ ≡
			血色素量 (g/dl)	
麻しん	罹患歴	有 ・ 無 ・ 不明	AST (GOT) (IU/l)	
	予防接種	有 (回) ・ 無 ・ 不明	ALT (GPT) (IU/l)	
自覚症状		肝機能検査	γ-GTP (IU/l)	
身長	cm	血中脂質検査	LDLコレステロール (mg/dl)	
体重	kg		HDLコレステロール (mg/dl)	
BMI			トリグリセライド (mg/dl)	
腹囲	cm	血糖検査 (空腹時) (mg/dl)		

視力	右	()	心電図検査 *所見が認められた場合は心電図波形を添付すること
(矯正)	左	()	

血圧 (mmHg)	/	胸部 X 線検査 (直接撮影)		
聴力	右	1000Hz		所見なし 所見あり → (db)
		4000Hz		所見なし 所見あり → (db)
	左	1000Hz		所見なし 所見あり → (db)
		4000Hz		所見なし 所見あり → (db)
その他の所見		撮影 年 月 日 *所見が認められた場合はレントゲンフィルムデジタル画像を添付すること	No.	

医師の指示及び就業上の注意事項	就業上の支障 なし ・ あり	(いずれかに○印をつけ、「あり」の場合は内容を記載願います。)
-----------------	----------------	---------------------------------

上記のとおり診断いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

住所

氏名

(印)

※ 異常値がある場合は、「医師の指示及び就業上の注意事項」欄に就業上の所見を記載してください。
 ※ 矯正視力 0.7未満は再検査が必要です。