

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	肝機能検査	AST (GOT) (IU/l)	
	予防接種 有 (回) ・ 無 ・ 不明		ALT (GPT) (IU/l)	
自覚症状			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)	
B M I			トリグリセリド* (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	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。