

健康診断書

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	昭和 年 月 日 平成 (才)		
職 種		健診年月日	平成 年 月 日		
既往歴		業 務 歴			
自覚症状		他覚症状			
身 長	c m	体 重	k g		
視 力	右	裸眼 矯正	聴 力	右	1000H z 4000H z
	左	裸眼 矯正		左	1000H z 4000H z
血 圧 (mmHg)	最 高		心電図検査		
	最 低				
胸部エックス線	直接 間接		貧血検査	血色素量(g/d l)	
				赤血球数(万個/mm ³)	
肝機能検査	GOT(IU/ l)		血中脂質検査	総コレステロール(mg/ d l)	
	GPT(IU/ l)			トリグリセライド*(mg/dl)	
	γ -GTP(IU/ l)			HDL コレステロール(mg/ d l)	
血糖検査 (mg/dl)			白血球数 (個/mm ³)		
尿検査	糖	- ± + ++ +++	リンパ球%		
	蛋白	- ± + ++ +++		単球%	
			白血球百分率	異形リンパ球%	
HBs抗原	- +	好中球		桿状核%	
HBs抗体	- +			分葉核%	
HCV抗体	- +	好酸球%			
RPR	- +	好塩基球%			
備考 (就業上の注意事項等)					
上記のとおり診断いたします。					
平成 年 月 日		名 称			
		所在地			
		医師名			⑩