

# 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 <sup>3</sup> )	
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 <sup>3</sup> )			
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			
				印	