

# 健康診断書

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日 (才)
職 種		健診年月日	令和	年	月	日
既往歴		業務歴				
自覚症状		他覚症状				
身長	cm	体重			kg	
視力	右	裸眼 矯正	聴力	右	1000Hz	4000Hz
	左	裸眼 矯正		左	1000Hz	4000Hz
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/dl)		
				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/dl)		
	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/dl)		
血糖検査 (mg/dl)			白血球数(個/mm <sup>3</sup> )			
尿検査	糖	- ± + ++ +++	白血球百分率	リンパ球%		
	蛋白	- ± + ++ +++		単球%		
		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。						
令和	年	月	日	名 称	所在地	医師名
						(印)