

# 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)			