

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	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
腹 囲	cm		
視力	右	裸眼 矯正	聴力
	左	裸眼 矯正	
血 圧 (mmHg)	最高		心電図検査
	最低		
胸部エックス線	直接 間接	下記項目は、医師、歯科医師、医学物理士、 診療放射線技師、臨床工学技士、歯科衛生士のみ	
肝機能検査	GOT(IU/l)		白血球数(個/mm ³)
	GPT(IU/l)		
	γ-GTP(IU/l)		
血糖検査 (mg/dl)			
尿検査	糖	- ± + ++ +++	
	蛋白	- ± + ++ +++	
貧血検査	血色素量(g/dl)		
	赤血球数(万個/mm ³)		
血中脂質検査	LDL コレステロール(mg/dl)		
	トリグリセライド(mg/dl)		
	HDL コレステロール(mg/dl)		
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)