

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				
腹 囲		cm							
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		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					
				白血球数(個/mm ³)					
肝機能検査		GOT(IU/l)		白 血 球 百 分 率	リンパ球%				
		GPT(IU/l)			単球%				
		γ-GTP(IU/l)			異形リンパ球%				
血糖検査 (mg/dl)					好中球	桿状核%			
						分葉核%			
尿検査	糖	- ± + ++ +++			好酸球%				
	蛋白	- ± + ++ +++		好塩基球%					
貧血検査		血色素量(g/dl)		ヘマトクリット値					
		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		⑩			