

# 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			
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	-	±	+	++	+++	リンパ球%	
	蛋白	-	±	+	++	+++		単球%
							異形リンパ球%	
HBs抗原		-	+	好中球	桿状核%		好酸球%	
HBs抗体		-	+		分葉核%			
HCV抗体		-	+	好塩基球%				
RPR		-	+					
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)		