

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	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%	
尿検査	糖	－ 土 ＋ ++ +++				分葉核%	
	蛋白	－ 土 ＋ ++ +++			好酸球%		
貧血検査		血色素量(g/dl)		好塩基球%			
		赤血球数(万個/mm ³)		ヘマトクリット値			
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			
Ⓜ							