

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 ³)	
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 ³)			
尿検査	糖	－ 土 + ++ +++		白血球百分率	リンパ球%		
	蛋白	－ 土 + ++ +++			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			