

# 健 康 診 断 書

ふりがな 氏 名		男・女		生年月日		昭和 年 月 日 ( 才)			
職 種				健診年月日		平成 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		
胸部エックス線		直接 間接		血 壓(mmHg)		最 高			
						最 低			
				貧血検査		血色素量(g/dl)			
赤血球数(万/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)			
		-GTP(IU/l)				HDL コレステロール(mg/dl)			
血糖検査(mg/dl)		尿検査		糖	-	+	++	+++	
RPR				-	+	蛋白	-	+	++
HBs抗原		-	+	HBs抗体		-	+		
HCV 抗体		-	+						
心電図検査									
備考(就業上の注意事項等)									
上記のとおり診断いたします。									
平成 年 月 日				名 称					
				所在地					
				医師名	印				