

健康診断書

氏名				健診日	年 月 日		
生年月日		年 月 日		年齢	歳	性別	男 女
既往歴				業務歴			
自覚症状				他覚症状			
身長		cm		血圧	/ mm Hg		
体重		kg		貧血検査	白血球数	$\times 10^3 / \mu$	
腹囲		cm			赤血球数	$\times 10^4 / \mu$	
BMI		kg / m ²			血色素量	g / dℓ	
視力	右	()			ヘマトクリット	%	
	左	()		血小板数	$\times 10^4 / \mu$		
聴力	右	1000Hz	1.所見なし	2.所見あり	肝機能検査	AST	IU /
		4000Hz	1.所見なし	2.所見あり		ALT	IU /
	左	1000Hz	1.所見なし	2.所見あり		-GT	IU /
		4000Hz	1.所見なし	2.所見あり		総ビリルビン	mg / dℓ
胸部X線検査	撮影年 月 日		所見		血中脂質検査	LDLコレステロール	mg / dℓ
	間接・直接					HDLコレステロール	mg / dℓ
						血清トリグリセリド	mg / dℓ
						総コレステロール	mg / dℓ
					血糖検査		mg / dℓ
	就業上の注意事項				尿検査	糖	- + 2+ 3+
						蛋白	- + 2+ 3+
						ウレリノゲン	- + 2+ 3+
潜血						- + 2+ 3+	
PH							
就業上の注意事項				心電図			
				その他の検査			
				備考			
上記のとおり診断する							
平成 年 月 日							
住 所 医療機関名 医 師 名							