

健康診断書

| | | | | | | | |
|---------------------------|--------|------------------------------|--------------------------|-------|----|----|-----|
| 本人 記入 | 住所 | 〒 ー | | | | | |
| | 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 | 性別 | | |
| 健診年月日 | | 年 月 日 | | | | | |
| 業務歴 | | 血圧 (mmHg) | | | | | |
| 既往歴 | | 貧血 検査 | 血色素量 (g/dl) | | | | |
| | | | 赤血球数 (万/m ³) | | | | |
| 自覚症状 | | 肝機能 検査 | GOT (IU/l) | | | | |
| | | | GPT (IU/l) | | | | |
| | | | γ-GTP (IU/l) | | | | |
| 他覚症状 | | 血中脂 質検査 | LDL コレステロール (mg/dl) | | | | |
| | | | HDL コレステロール (mg/dl) | | | | |
| | | | トリグリセライド* (mg/dl) | | | | |
| 身長 (cm) | | 血糖検査 (mg/dl) | | | | | |
| | | 尿検査 | 糖 | - | + | ++ | +++ |
| 体重 (kg) | | | 蛋白 | - | + | ++ | +++ |
| 腹囲 (cm) | | 心電図検査 | | | | | |
| 視力 | 右 | () | | 医師の診断 | | | |
| | 左 | () | | | | | |
| 色覚 | | | | 医師の意見 | | | |
| 聴力 | 右 1000 | 1: 所見なし 2: 所見あり | | | | | |
| | 4000 | 1: 所見なし 2: 所見あり | | | | | |
| | 左 1000 | 1: 所見なし 2: 所見あり | | | | | |
| | 4000 | 1: 所見なし 2: 所見あり | | | | | |
| 胸部エックス線 検査 (フィルム番号) | | 直接 ・ 間接 撮影 / 年 月 日 No、 | | | | | |

1: 視力の欄は矯正していない場合は () 外に、矯正している場合は () 内に記入下さい
2: 「医師の診断」の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記入下さい
3: 「医師の意見」の欄は、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に就業上の措置について医師の意見を記入下さい

医療機関名：
所在地：
年 月 日 医師氏名： 印