

# 健 康 診 断 書

|      |       |    |                      |
|------|-------|----|----------------------|
| 氏 名  | 現住所   |    |                      |
| 生年月日 | 年 月 日 | 年齢 | 歳 性別 男・女 血液型(ABO型) 型 |

|       |                               |        |            |              |       |
|-------|-------------------------------|--------|------------|--------------|-------|
| 既往歴   |                               | 血 圧    | /          | mmHg         |       |
|       |                               | 貧血検査   | 血色素量       | g/dℓ         |       |
| 自覚症状  |                               | 肝機能検査  | G O T      | IU/ℓ         |       |
|       |                               |        | G P T      | IU/ℓ         |       |
|       |                               |        | γ-G T P    | 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        |       |
| 体重    | kg                            | 尿検査    | 糖          | — ± + ++ +++ |       |
| B M I | ( 体重(kg)/身長(m) <sup>2</sup> ) |        | 蛋白         | — ± + ++ +++ |       |
| 腹 囲   | cm                            | 心電図検査  |            |              |       |
| 視力    | 右                             |        |            |              | 矯正( ) |
|       | 左                             |        |            |              | 矯正( ) |
| 聴力    | 右                             |        | 色 覚        |              |       |
|       | 左                             |        | 眼 疾        |              |       |

|                  |                  |       |     |  |       |  |
|------------------|------------------|-------|-----|--|-------|--|
| 胸<br>部<br>X<br>線 |                  | 直 接   | 間 接 |  | 言語疾患  |  |
|                  | 撮影               | 年 月 日 |     |  | 精神疾患  |  |
|                  |                  |       |     |  | 循環器疾患 |  |
|                  |                  |       |     |  | 消化器疾患 |  |
|                  |                  |       |     |  | そ の 他 |  |
| 所見               | 総合所見 (日常業務への支障等) |       |     |  |       |  |

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

検診機関名

医師氏名

⑩