

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	血 色 素 量	g/dℓ				
				検 査	赤 血 球 数	万 / m m ³				
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) ²)				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 部 X 線	直 接		間 接		所 見	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

印