

健康診断書

健診年月日 令和 年 月 日

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

- 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()内に記入して下さい。
- 2: 「医師の診断」の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の判断を記入して下さい。
- 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判断された場合に就業上の措置について意思の意見を記入して下さい。

令和 年 月 日

医療機関名:
所在地:
医師氏名: