

# 健康診断書

氏名	男・女	年	月	日生(	歳)
住所					
業務歴		血圧			(mmHg)
既往歴		貧血検査	赤血球数	(万/mm <sup>3</sup> )	
			血色素数	(g/dL)	
自覚症状		肝機能検査	GOT(AST)	(IU/L)	
			GPT(ALT)	(IU/L)	
他覚所見		血中脂質検査	r-GTP	(IU/L)	
			LDLコレステロール	(mg/dL)	
身長	.                      cm	血中脂質検査	中性脂肪	(mg/dL)	
体重	.                      kg		HDLコレステロール	(mg/dL)	
腹囲	.                      Cm	BMI(			)
視力	右	(                      )		尿検査	糖
	左	(                      )			蛋白
聴力	右	左			
オーディオ	右	1000Hz	1所見なし	2所見あり	心電図
		4000Hz	1所見なし	2所見あり	
	左	1000Hz	1所見なし	2所見あり	
		4000Hz	1所見なし	2所見あり	
胸部X線検査(直接)	撮影:                      年                      月                      日		医師の指示及び就業上の注意事項		
	所見		備考		
上記のとおり診断します。					
年                      月                      日					
医師					印