

健康診断書

ふりがな				男・女	生年月日	昭和 平成			年	月	日生 (才)
氏名											
住所	〒()										
身長	cm	体重	kg	聴力検査	1000Hz(右)	1 所見なし	2 所見あり				
腹囲	cm	BMI 体重(kg)/身長(m) ²			(左)	1 所見なし	2 所見あり				
視力 (矯正)	右	()			4000Hz(右)	1 所見なし	2 所見あり				
	左	()			(左)	1 所見なし	2 所見あり				
色覚検査	正常・異常 ()										
血圧	H	mm / Hg		既往歴							
	L	mm / Hg									
胸部X線検査	撮影年月日 年 月 日				自覚症状						
	(所見)										
心電図検査											
末梢血液検査	白血球数	10 ³ /μL			医師の指示						
	赤血球数	10 ⁶ /μL									
	ヘモグロビン	g / dL									
	ヘマトクリット	%			一次検査判定						
	血小板数	10 ³ /μL									
肝機能検査	GOT	IU / L			就労上の 注意事項						
	GPT	IU / L									
	γ-GTP	IU / L									
免疫	HBs抗原	IU/mL	()	(健診年月日)	令和	年	月	日			
	HBs抗体	mIU/mL	()		(発行年月日)	令和	年	月	日		
	HCV抗体	C. O. I	()								
脂質	HDLコレステロール	mg/dL			医療機関名 (所在地)						
	LDLコレステロール	mg/dL									
	中性脂肪	mg/dL									
血糖検査		mg/dL			(電 話)						
尿 検 査	蛋白	- + ++ +++									
	糖	- + ++ +++									
	潜血	- + ++ +++									
					(医師名)	印					