

健 康 診 断 書

ふりがな				男・女	生年月日	昭和 年 月 日生 (才)		
氏名						平成		
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	B M I 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	
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 (所見)			自覚症状				
心電図検査								
末梢血液検査	白血球数		$10^3/\mu\text{L}$	医師の指示				
	赤血球数		$10^6/\mu\text{L}$					
	ヘモグロビン		g /dL					
	ヘマトクリット		%					
	血小板数		$10^3/\mu\text{L}$					
肝機能検査	GOT		IU / L	一次検査判定	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					
	HCV抗体		C. O. I					
脂質	HDLコレステロール		mg/dL	(発行年月日) 令和 年 月 日				
	LDLコレステロール		mg/dL					
	中性脂肪		mg/dL					
血 糖 検 査			mg/dL					
尿検査	蛋白	- + ++ +++				(医師名) 印		
	糖	- + ++ +++						
	潜血	- + ++ +++						

2019.7.11