健　康　診　断　書

健診年月日　　年　　月　　日

氏　名		生年月日			
		性　別		年　齢	
住　所					
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/㎜３）		
他覚症状		肝機能検　査	GOT（IU/ℓ）		
身　長	cm		GPT（IU/ℓ）		
体　重	kg		γ-GTP（IU/ℓ）		
ＢＭＩ		血中脂質検　査	総コレステロール（mg/dℓ）		
腹　囲	cm		HDLコレステロール（mg/dℓ）		
視　力	右　（　　）左　（　　）		トリグリセライド（mg/dℓ）		
聴力 右 1000Hz	1.所見なし　2.所見あり	血糖検査（mg/dℓ）			
4000Hz	1.所見なし　2.所見あり	尿検査	糖		－　＋　++　+++
聴力 左 1000Hz	1.所見なし　2.所見あり		蛋　白		－　＋　++　+++
4000Hz	1.所見なし　2.所見あり	心電図検査			
胸部エックス線検査（No.　　） （　年　月　日撮影） 直接 間接		その他の法定検査			
		その他の検査			
		備考			

医師の診断	健診実施医師氏名
医師の意見	意見を述べた医師氏名