健　康　診　断　書

氏　名		生　年　月　日			
		性　　別		年　　齢	歳
業　務　歴		健　診　年　月　日	令和　　年　　月　　日		
		血　　圧　（mmHg）			
既　往　歴		貧血検査	血　色　素　量　（g/dℓ）		
			赤　血　球　数　（万/m3）		
自　覚　症　状		肝機能検　査	Ｇ　　Ｏ　　Ｔ（ＩＵ/ℓ）		
			Ｇ　　Ｐ　　Ｔ（ＩＵ/ℓ）		
			γ－ＧＴＰ（ＩＵ/ℓ）		
他　覚　症　状		血中脂質検　査	ＬＤＬコレステロール　（mg/dℓ）		
			ＨＤＬコレステロール　（mg/dℓ）		
			トリグリセライド　（mg/dℓ）		
		血糖検査　（mg/dℓ）			
身長（ｃｍ）		尿検査	糖	－　＋　＋＋　＋＋＋	
			蛋　白	－　＋　＋＋　＋＋＋	
体重（ｋｇ）		胸部エックス線検査	直接　　間接		
ＢＭＩ		フィルム番号	撮影　　年　　月　　日		
			No.		
腹囲（ｃｍ）					
視力	右	（　　）			
	左	（　　）			
聴力	右　1000Ｈｚ	1　所見なし　2　所見あり	医師の診断		
	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			
備　　考					

※ 視力欄の（　　）書については、矯正視力を記入願います。

令和　　年　　月　　日

医療機関住所

医療機関名

医　　師　　㊞