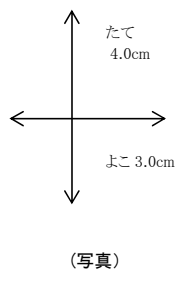
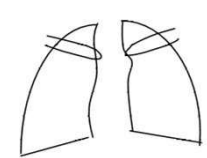


健康診断書												
		現住所			TEL							
		氏名										
		性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日		年齢 (歳)				
		検査年月日		令和 年 月 日								
既往歴 (発病年齢、病名等)					尿検査	糖	- ± + ++ ≡					
現病歴 (発病年齢、病名、治療状況等)					蛋白質		- ± + ++ ≡					
					貧血検査		血色素量 (g/dl)					
麻しん		罹患歴 有 ・ 無 ・ 不明			肝機能検査		AST (GOT) (IU/l)					
		予防接種 有 (回) ・ 無 ・ 不明					ALT (GPT) (IU/l)					
自覚症状							γ-GTP (IU/l)					
身長		cm			血中脂質検査		LDLコレステロール (mg/dl)					
体重		kg					HDLコレステロール (mg/dl)					
BMI							トリグリセライド (mg/dl)					
腹囲		cm			血糖検査 (空腹時)		(mg/dl)					
視力 (矯正)	右	()			心電図検査 *所見が認められた場合は心電図波形を添付すること		 No.					
	左	()										
血圧 (mmHg)		/			胸部 X 線検査 (直接撮影) 撮影 年 月 日 *所見が認められた場合はレントゲンフィルムデジタル画像を添付すること							
聴力	右	1000Hz	所見なし	所見あり → (db)								
		4000Hz	所見なし	所見あり → (db)								
	左	1000Hz	所見なし	所見あり → (db)								
		4000Hz	所見なし	所見あり → (db)								
その他の所見												
医師の指示及び就業上の注意事項		就業上の支障 なし ・ あり			(いずれかに○印をつけ、「あり」の場合は内容を記載願います。)							
上記のとおり診断いたします。												
令和 年 月 日												
医療機関名												
住所												
氏名												



※ 異常値がある場合は、「医師の指示及び就業上の注意事項」欄に就業上の所見を記載してください。
 ※ 矯正視力 0.7未満は再検査が必要です。