

健 康 診 断 書

※ 医師の割印

 たて 4.0cm よこ 3.0cm	現 住 所					TEL		
	氏 名							
	性 別	男 · 女	生 年 月 日	昭 和 平 成	年 月 日 年齢 (歳)			
	(写真)	検査年月日	令和 年 月 日					
既 往 歴 (発病年齢、病名等)				尿 檢 査	糖	- + ++ +++		
現 病 歴 (発病年齢、病名、治療状況等)				貧 血 檢 査	蛋 白	- + ++ +++		
麻しん	罹患歴 有 · 無 · 不明			肝 機 能 検	血 色 素 量 (g/dl)			
	予防接種 有 (回) · 無 · 不明				赤 血 球 数 (万/mm ³)			
					A S T (G O T) (IU/l)	A L T (G P T) (IU/l)		
自覚症状	有 () · 無				γ -GTP (IU/l)			
身 長	cm			血 中 脂 質 検	LDLコレステロール (mg/dl)			
体 重	kg				HDLコレステロール (mg/dl)			
B M I					トリグリセリド (mg/dl)			
腹 囲	cm			血糖検査 (空腹時) (mg/dl)				
視 力 (矯正)	右	()			心 電 図 檢 査	*所見が認められた場合は 心電図波形を添付すること		
	左	()						
血 壓 (mmHg)	/			胸 部 X 線 檢 査 (直 接 撮 影) 撮影 年 月 日	 No.			
聽 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	有 () · 無			*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				
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

(印)

※ 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。