

健康診断書												
<div>※ 医師の割印</div> <div><div>↑ たて 4.0cm</div><div>← よこ 3.0cm ↓</div><div>(写真)</div></div>		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	－ 土 + ++ ///					
現病歴 (発病年齢、病名、治療状況等)		罹患歴 有 ・ 無 ・ 不明 予防接種 有 ( 回 ) ・ 無 ・ 不明			貧血検査	蛋白質	－ 土 + ++ ///					
					肝機能検査	血色素量 (g/dl)						
						赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )						
						AST (GOT) (IU/l)						
ALT (GPT) (IU/l)												
自覚症状		有 ( ) ・ 無			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						トリグリセリド (mg/dl)						
腹囲		cm			血糖検査 (空腹時) (mg/dl)							
視力	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		<div></div> <div>No.</div>					
(矯正)	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		有 ( ) ・ 無										
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。