

健 康 診 断 書

氏 名	現住所		
生年月日	年 月 日	年齢	歳 性別 男・女 血液型(ABO型) 型

既往歴		血 圧	/	mmHg	
		貧血検査	血色素量	g/dℓ	
自覚症状		肝機能検査	G O T	IU/ℓ	
			G P T	IU/ℓ	
			γ-G T P	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	
身長	cm	血糖検査		mg/dℓ	
体重	kg	尿検査	糖	— ± + ++ +++	
B M I	(体重(kg)/身長(m) ²)		蛋白	— ± + ++ +++	
腹 囲	cm	心電図検査			
視力	右				矯正()
	左				矯正()
聴力	右		色 覚		
	左		眼 疾		

胸 部 X 線		直 接	間 接	所 見	言語疾患	
	撮影	年 月 日			精神疾患	
					循環器疾患	
					消化器疾患	
					そ の 他	
所見	総合所見 (日常業務への支障等)					

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

検診機関名

医師氏名

⑩