

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)		蛋白質	— ± + ++ +++
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					
	撮影	年 月 日				言語疾患			
						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