

# 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) <sup>2</sup> )		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