

# 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。

平成 年 月 日

検診機関名

医師氏名

⑩