

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。

平成 年 月 日

検診機関名

医師氏名