

# 健康診断書

フリガナ		昭和・平成 年 月 日生	年齢	歳
氏名				
住所				性別 男・女
既往歴		貧血検査	血色素量	g/dl
			赤血球数	万/mm <sup>3</sup>
自覚症状		肝機能 検査	GOT	IU/l
			GPT	IU/l
他覚症状			γ-GTP	IU/l
身長	cm	血中脂 質検査	総コレステロール	mg/dl
			中性脂肪	mg/dl
体重	kg	尿検査	糖	- ± + ++ +++
			蛋白	- ± + ++ +++
血圧	/ mmHg 正常・異常	血沈	1時間値	mm
血液型			2時間値	mm
視力	右：裸眼 矯正	心電図検査	正常・異常 ( )	
	左：裸眼 矯正			
色覚	正常・異常 ( )		正常・異常 ( )	
聴力	右	所見 ( )	精神異常 ( )	
	1000Hz	正常・異常	四肢機能 ( )	
4000Hz	正常・異常			
力	左	所見 ( )	医師の指示 及び就業上 の注意事項	
	1000Hz	正常・異常		
4000Hz	正常・異常			
ツベルクリン 反応	硬結 × ———— (二重発赤 ×) 発赤 ×	上記のとおり診断及び証明します。		
胸部X線検査	直接撮影 平成 年 月 日		平成 年 月 日	
	正常・異常 ( )		医療機関の 名称及び 所在地	
			医師の氏名	印
			電話番号	

※各項目すべてを記入願います。(異常等がある場合は括弧内にも記載ください)