

# 健康診断票

フリガナ 氏名	生年月日 年 月 日		健診年月日	年 月 日				
	性別 男・女		年齢	歳				
業務歴			血 圧 (mmHg)		/			
			貧血検査	血色素量 (g/dl)				
既往歴			赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )					
			肝機能	GOT (IU/l)				
GPT (IU/l)								
γ-GTP (IU/l)								
自覚症状			血中脂質 検査	LDL コレステロール (mg/dl)				
他覚症状				HDL コレステロール (mg/dl)				
				中性脂肪 (mg/dl)				
身長 (cm)			血糖検査 (mg/dl)					
体重 (kg)			感染症抗体価検査 (数値) ※陽性以外はワクチン要接種					
B M I			HBs 抗体	mIU/ml	風疹 HI 法	倍		
腹囲 (cm)			麻疹 EIA 法	水痘 EIA 法				
			Δプス EIA 法					
視 力	右	( )	尿検査	糖	-	+	++	+++
	左	( )		蛋白質	-	+	++	+++
聴 力	右 1000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり	その他の 法定検査					
	左 1000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり						
	右 4000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり						
	左 4000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり						
心 電 図 検 査			その他の検査					
			医師の診断					
			医師名		(印)			
			医師の意見		就業可 ・ 就業不可			
胸部エックス線検査	直接 間接 所見なし 所見あり							
撮影: / /	( )							
上記のとおり相違ないことを証明します。								
平成 年 月 日								
所在地								
施設名								
Tel ( )								