

健 康 診 斷 票

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