

# 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)
自覚症状			GPT (IU/l)			
			γ-GTP (IU/l)			
他覚症状			LDL コレステロール (mg/dl)			
			HDL コレステロール (mg/dl)			
身長 (cm)			中性脂肪 (mg/dl)			
			血 糖 検 査 (mg/dl)			
体重 (kg)			血 液 像		Neu	Eos
			Lym		Bas	
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	直接 間接 所見なし 所見あり		医 師 名		⑩	
撮影： / /	( )		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 ( )						