

# 健康診断書

フリガナ				男	昭和				
氏名				女	平成	年	月	日生	
住所									
業務歴				血圧	/				mmhg
既往症	無・有 (病名)			肝機能	GOT		IU/l		
					GPT		IU/l		
					γ-GTP		IU/l		
自覚症状	無・有 (症状)			脂質	中性脂肪		mg/dl		
					LDL		mg/dl		
					HDL		mg/dl		
他覚症状	無・有 (症状)			代謝検査	血糖	食後 時間 空腹時	mg/dl		
				貧血検査	血色素		g/dl		
					赤血球		10 <sup>4</sup> /μℓ		
身長				尿検査	蛋白				
体重					糖				
腹囲				心電図	異常 無・有				
視力	右	. ( . )		胸部X線 検査	直接		間接		
	左	. ( . )			撮影年月日 年 月 日 異常 無・有				
聴力	右	1000HZ	所見 無・有						
		4000HZ	所見 無・有						
	左	1000HZ	所見 無・有						
		4000HZ	所見 無・有						
医師の所見									
任意事項									
(実施年月日) 平成 年 月 日 (住 所) (実施機関名)									
医 師					⑩				