

健康診断書

氏名			性別	生年月日			健診年月日									
			男・女	S・H	年	月	日	(歳)	平成	年	月	日				
業務歴				貧血	赤血球数 (万/mm)											
					血色素量 (g/dl)											
既往歴				肝機能	AST (GOT) (IU/L)											
					ALT (GPT) (IU/L)											
					γ-GTP (IU/L)											
自覚症状				脂質	HDLコレステロール (mg/dl)											
					LDLコレステロール (mg/dl)											
					中性脂肪 (mg/dl)											
他覚症状				血糖 (mg/dl)												
				採血・検尿条件 (空腹時・食後 時間 分)												
身長					cm		検尿	蛋白		-	±	+	2+	3+		
体重					kg			糖		-	±	+	2+	3+		
BMI							心電図									
腹囲					cm											
血圧					~ (mmHg)											
視力	右			(.)		<div style="text-align: right;">【直接撮影】</div> <div style="text-align: center;">1. 所見なし</div> <div style="text-align: center;">2. 所見あり</div> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; width: 100px; height: 50px; margin: 10px auto;"></div> <div style="text-align: right;">(撮影年月日 平成 年 月 日)</div>										
	左			(.)												
聴力	右	1000Hz	1. 所見なし	2. 所見あり												
		4000Hz	1. 所見なし	2. 所見あり												
	左	1000Hz	1. 所見なし	2. 所見あり												
		4000Hz	1. 所見なし	2. 所見あり												
診察所見				その他の項目												
総合判定																
平成 年 月 日				医療機関 〒				住 所								
				医療機関名												
				電話番号												
				医 師				印								