

健康診断書

実施年月日 年 月 日

受診者	住所								
	氏名		生年月日	年	月	日	(歳)	性別	男・女
既往歴									
業務歴									
自覚症状									
他覚症状									
身長	cm			体重	kg				
BMI				腹囲	cm				
視力	右	()			撮影	直接・間接	年	月	日
	左	()							
聴力	右	1000Hz	1 所見なし	2 所見あり	胸部 X線 検査	X線所見	なし 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					
血圧	(mmHg)								
貧血検査	赤血球数	万/uℓ			血色素量	g/dℓ		%	
肝機能検査	GOT	(u/ℓ)	GPT	(u/ℓ)	γ-GDP	(u/ℓ)			
脂質検査	LDLコレステロール (mg/dℓ)			HDLコレステロール (mg/dℓ)					
	トリグリセライド (mg/dℓ)			血糖検査	(mg/dℓ)				
尿検査	糖 ()			蛋白 ()					
心電図検査									
医師の診断									
医師の意見									
備考									
実施機関名 及び 医師氏名	所在地								
	機関名								
	電話番号								
	医師氏名								