

健康診断書

実施年月日 令和 年 月 日

氏名		昭和・平成 年 月 日生	年齢	歳	
住所				性別	男・女
既往歴		貧血検査	血色素量	g/dl	
			赤血球数	万/mm ³	
自覚症状		肝機能検査	GOT	IU/l	
			GPT	IU/l	
他覚症状			γ-GTP	IU/l	
身長	cm	血中脂質検査	総コレステロール	mg/dl	
			中性脂肪	mg/dl	
体重	kg	尿検査	糖	- ± + ++ +++	
血圧	~ mmHg		蛋白	- ± + ++ +++	
血液型					
視力	右	()			
	左	()	心電図検査		
色神			精神異常		
聴力	右	所見	身体障害		
		1000Hz	無 有	医師の指示及び就業上の注意事項	
	4000Hz	無 有			
	左	所見			
1000Hz		無 有			
4000Hz	無 有				
T-SPOT検査	+ -		上記のとおり診断します。		
胸部X線検査	直接撮影		令和 年 月 日		
異常	無 有		住所		
フィルム番号	No..		医療機関		
			医師	印	