

健康診断書

氏名				検診年月日	年 月 日	
住所				(携帯)電話番号		
生年月日		昭和・平成 年 月 日		性別	男・女	
				血液型 型 R H 型 ()		
既往症				問診		
身長		・ cm		血液検査	AST (GOT)	IU/l
体重		・ kg			ALT (GPT)	IU/l
視力	右	()			GGT (γ-GTP)	IU/l
	左	()			HDLコレステロール	mg/dl
色覚					LDLコレステロール	mg/dl
血圧		/			中性脂肪	mg/dl
尿検査	尿糖	- 1+ 2+ 3+ 4+	-		ヘモグロビン A _{1c}	%
	尿蛋白	- ± 1+ 2+ 3+ 4+	-		尿酸	mg/dl
	尿潜血	生 - ± 1+ 2+ 3+	-		白血球数	u/l
聴力	右	1,000HZ	所見なし 所見あり		赤血球数	万/u/l
		4,000HZ	所見なし 所見あり	血色素量	g/dl	
	左	1,000HZ	所見なし 所見あり	ヘマトクリット値	%	
		4,000HZ	所見なし 所見あり	心電図検査結果		
胸部レントゲン撮影結果						
総合所見		就業可 就業に支障がなければ、左の「就業可」に○をお願いします。				

年 月 日

証明者

印