

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	平成 年 月 日	性別	男・女	血液型	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
		4,000HZ	所見なし	所見あり		
	左	1,000HZ	所見なし	所見あり	血色素量	g/dl
		4,000HZ	所見なし	所見あり		
胸部レントゲン撮影結果				心電図検査結果		
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