

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	
				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A1c	%
	尿蛋白	- ± 1+ 2+ 3+ 4+		-	尿酸	mg/dl
	尿潜血	生 - ± 1+ 2+ 3+		-	白血球数	ul
聴力	右	1,000HZ		所見なし 所見あり	赤血球数	万/ul
		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