

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 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