

# 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		・ c m		血液検査	A S T ( G O T )		I U / ℓ
体重		・ k g			A L T ( G P T )		I U / ℓ
視力	右	( )			G G T ( γ - G T P )		I U / ℓ
	左	( )			H D L コレステロール		mg / dℓ
色 覚					L D L 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 ー ± 1+ 2+ 3+	－		白血球数		ul
聴力	右	1,000H Z	所見なし 所見あり		赤血球数		万 / ul
		4,000H Z	所見なし 所見あり	血色素量		g / dℓ	
	左	1,000H Z	所見なし 所見あり	ヘマトクリット値		%	
		4,000H Z	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		<div>就業可</div> <div>就業に支障がなければ、左の「就業可」に○をお願いします。</div>					

年 月 日

証明者

印