

# 健康診断書

|                |                      |     |      |                |          |          |     |
|----------------|----------------------|-----|------|----------------|----------|----------|-----|
| 氏 名            |                      |     |      | 生年月日           | 平成 年 月 日 |          |     |
| 住 所            |                      |     |      |                |          |          |     |
| 身 長            | c m                  |     | 体 重  | k g            |          | 腹 囲      | c m |
| 視 力            | 右                    |     | 矯正視力 | 右              |          |          |     |
|                | 左                    |     |      | 左              |          |          |     |
| 聴 力            | 正常 ・ 難聴（ 右・左 ）       |     |      | 胸部エックス線<br>検 査 |          | 撮影 年 月 日 |     |
| 貧 血 検 査        | 血色素                  |     |      | 心 電 図          |          |          |     |
|                | 赤血球                  |     |      |                |          |          |     |
| 血 中 脂 質<br>検 査 | 血 糖                  |     | 随時血糖 | HDL<br>コレステロール |          |          |     |
|                | 血 清<br>トリグリセリド       |     |      | LDL<br>コレステロール |          |          |     |
| 尿 検 査          | 糖                    | ( ) |      | 肝機能<br>検 査     |          | GOT      |     |
|                | 蛋 白                  | ( ) |      |                |          | GPT      |     |
| 血 圧 測 定        | ～ mmHg               |     |      |                |          |          |     |
| 主 な<br>既往歴     |                      |     |      |                |          |          |     |
| 総合所見           | ※ 就業可否について、記載してください。 |     |      |                |          |          |     |

|                       |  |       |
|-----------------------|--|-------|
| 上 記 の と お り 診 断 す る 。 |  | 年 月 日 |
| 病院所在地                 |  |       |
| 病 院 名                 |  |       |
| 医 師 氏 名               |  | 印     |