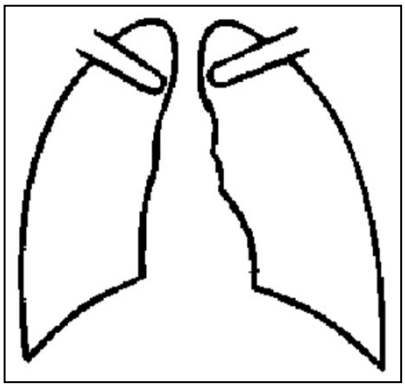
健　康　診　断　書

氏　　名		男・女	昭和・平成　　年　　月　　日生　　才
住　　所			

業 務 歴		血　　圧	～	mmHg
		貧血検査	赤血球数	$\times 10^4/\mu$ l
既 往 歴			血色素量	g /dl
		肝 機 能	Ｇ Ｏ Ｔ	IU/l
自覚症状			Ｇ Ｐ Ｔ	IU/l
他覚症状			ｒ－ＧＴＰ	IU/l
身長・体重	ｃｍ　　ｋｇ	脂質検査	LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ	mg/dl
腹　　囲	ｃｍ		HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ	mg/dl
Ｂ Ｍ Ｉ			中性脂肪	mg/dl
視　　力	右　（　　）　左　（　　）	血糖検査		mg/dl
聴　　力	1,000Hz異常なし　異常あり　右（　　dB） 左（　　dB） 4,000Hz異常なし　異常あり　右（　　dB） 左（　　dB）		糖化ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝA_1c（医師が必要と認めた場合）	%
		尿 検 査	糖　（　　）	
			蛋白　（　　）	
胸部Ｘ線写真（直接・間接）	 年　　月　　日撮影	心 電 図		
		そ の 他		
		総 合 判 定	１　異常なし ２　精密検査必要（　　） ３　治療必要（　　） ４　その他（　　） 業務に支障（無・有）	

上記の通り診断します。

令和　　年　　月　　日

医療機関名

医 師 氏 名　　印