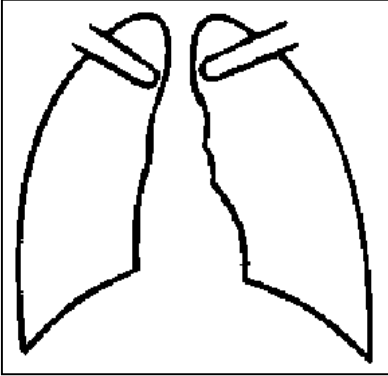


健康診断書

氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日生 才
住所			

業務歴		血圧	mmHg
既往歴		貧血検査	赤血球数 × 10⁴/μ l
			血色素量 g /dl
自覚症状		肝機能	G O T IU/l
			G P T IU/l
			r - G T P IU/l
他覚症状			
身長・体重	c m k g	脂質検査	LDLコレステロール mg/dl
腹 囲	c m		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)		糖化ヘモグロビンA _{1c} (医師が必要と認めた場合) %
		左 (dB)	尿検査
	4,000Hz異常なし 異常あり 右 (dB)	蛋白 ()	
	左 (dB)	心電図	
胸部X線写真 (直接・間接)		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