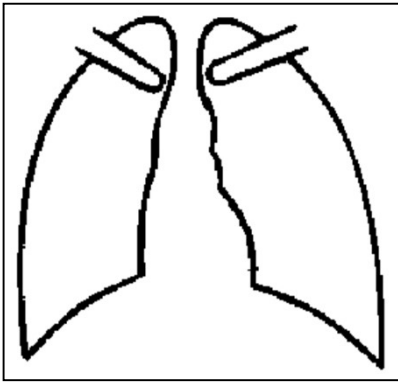


健康診断書

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	$\times 10^4 / \mu l$			
			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				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	糖	()
		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)			
		年 月 日撮影					

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