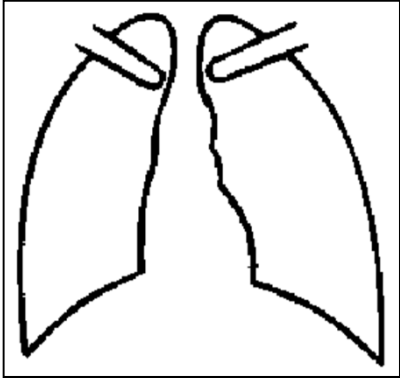


# 健康診断書

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
他覚症状			G P T IU/l
			r - G T P 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)		糖化ヘモグロビンA <sub>1c</sub> (医師が必要と認めた場合) %
		4,000Hz異常なし 異常あり 右 ( dB) 左 ( dB)	
胸部X線写真 (直接・間接)		尿検査	糖 ( ) 蛋白 ( )
		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)
			年 月 日撮影

上記の通り診断します。

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印