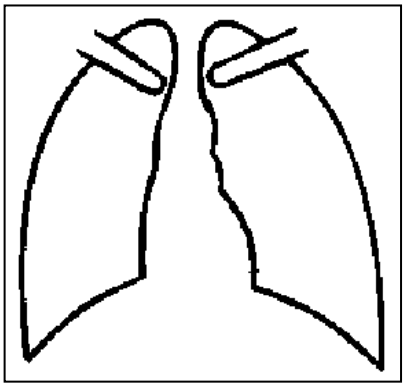
健　康　診　断　書

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	$\times 10^6/\mu L$
			血色素量	g /dL
自覚症状		肝機能	ＡＳＴ	U/L
他覚症状			ＡＬＴ	U/L
			ｒ－ＧＴＰ	U/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
ＢＭＩ			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A1c（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