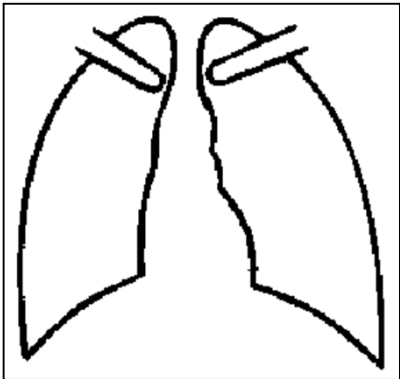


健康診断書

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	$\times 10^4 / \mu \text{ l}$
			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	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) 左 (dB)		糖化ヘモグロビンA _{1c} (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)	尿 検 査	糖	()
			蛋白	()
	胸部X線写真 (直接・間接)		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。

令和 年 月 日

医療機関名

醫師氏名

印