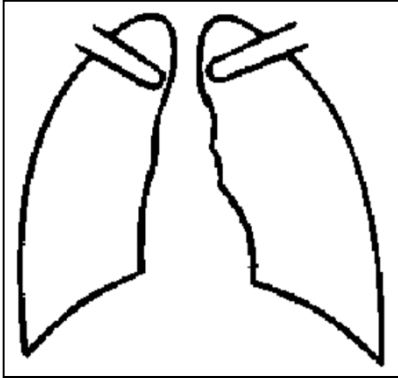


健康診断書

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	× 10 ⁶ /μL
			血色素量	g/dL
自覚症状		肝機能	A S T	U/L
			A L T	U/L
他覚症状			r - G T P	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
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