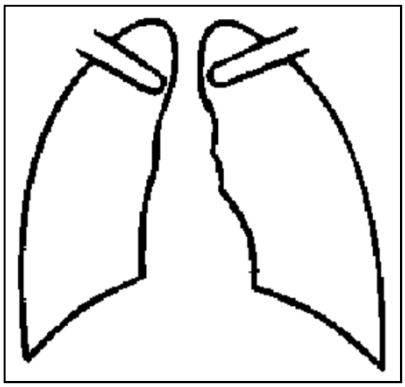
健　康　診　断　書

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
身長・体重	ｃｍ　　ｋｇ		ｒ－ＧＴＰ	U/L
腹　　囲	ｃｍ	脂質検査	LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ	mg/dL
ＢＭＩ			HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ	mg/dL
視　　力	右　（　　）　左　（　　）		中性脂肪	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）	血糖検査		mg/dL
			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　（　　）	
		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）	

胸部Ｘ線写真
（直接・間接）



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