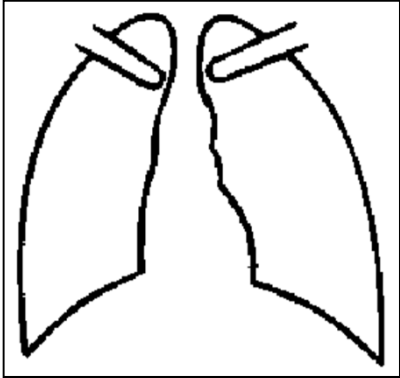


健康診断書

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
		肝 機 能	A S T	U/L
A L T	U/L			
r - G T P	U/L			
自覚症状		脂 質 検 査	LDLコレステロール	mg/dL
他覚症状			HDLコレステロール	mg/dL
身長・体重	c m k g		中性脂肪	mg/dL
腹 囲	c m	血 糖 検 査	mg/dL	
B M I			糖化ヘモグロビン A _{1c} (医師が必要と認めた場合) %	
視 力	右 () 左 ()			
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)	尿 検 査	糖 ()	
			蛋白 ()	
		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