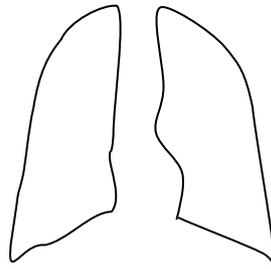


健康診断書

氏名	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日生()歳
----	-----	------	----------	---	---	--------

業務歴		胸部X線  所見：
既往歴		
自覚症状		
他覚症状		
診察所見		
身長	. cm	
体重	. kg	
血圧	/	
視力	右 . (.) 左 . (.)	
聴力(右)	1000Hz 所見: なし・あり()dB 4000Hz 所見: なし・あり()dB	
聴力(左)	1000Hz 所見: なし・あり()dB 4000Hz 所見: なし・あり()dB	
尿 検 査	蛋白	- . ± . + . 2+ . 3+
	糖	- . ± . + . 2+ . 3+
	ウロビリノーゲン	- . ± . + . 2+ . 3+
心電図		肝機能 GOT(AST) IU/L GPT(ALT) IU/L γ-GTP IU/L
血中脂質	総コレステロール mg/dl 中性脂肪 mg/dl HDL-コレステロール mg/dl	
代謝	血糖 (空腹時・食後 時間) mg/dl	
貧血	赤血球 万/μl 血色素 g/dl ヘマトクリット % 白血球 /μl	
その他		

総合判定:

上記の通り診断する。

令和 年 月 日 医療機関名

医師名

印

※上記の内容を満たしていれば、別様式でも可。