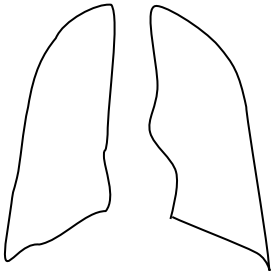


健康診断書

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

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

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。