

健康診断書

実施年月日 令和 年 月 日

氏名		昭和・平成	年	月	日生	年齢	歳
住所						性別	男・女
既往歴		貧血検査	血色素量		g/dl		
			赤血球数		万/mm ³		
自覚症状		肝機能検査	GOT		IU/l		
			GPT		IU/l		
他覚症状			γ-GTP		IU/l		
		血中脂質検査	総コレステロール		mg/dl		
身長	cm		中性脂肪		mg/dl		
体重	kg	尿検査	糖		- ± + ++ +++		
血圧	~ mmHg		蛋白		- ± + ++ +++		
血液型							
視力	右	()					
	左	()		心電図検査			
色神	精神異常						
聴力	右	所見			身体障害		
		1000Hz	無	有	医師の指示及び就業上の注意事項		
	4000Hz	無	有				
	左	所見					
1000Hz		無	有				
4000Hz	無	有					
T-SPOT検査	+		-		上記のとおり診断します。		
胸部X線検査	直接撮影		令和 年 月 日		住所		
異常	無		有		医療機関		
フィルム番号	No.				医師 印		