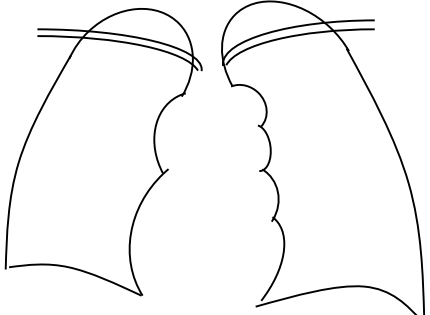


健康診断書

ふりがな			生年月日	明・大・昭・ 平・令	年	月	日生	
氏名			性別	男・女	年齢	歳		
住所								
既往歴			血圧 (mmHg)		/			
			貧血検査	血色素量 (g/dℓ)				
自覚症状				赤血球数 (万/mm ³)				
			他覚所見			AST (IU/ℓ)		
ALT (IU/ℓ)								
γ-GTP (IU/ℓ)								
身長 (cm)			血中脂質検査	総コレステロール (mg/dℓ)				
体重 (Kg)				HDLコレステロール (mg/dℓ)				
胸囲 (cm)				中性脂肪 (mg/dℓ)				
視力	右	()		尿検査	糖		- ± + ++ #	
		左	()		蛋白		- ± + ++ #	
					ウロビリノーゲン		- N + #	
			血糖値 (mg/dℓ)					
眼疾								
聴力	右	1000Hz	1 所見なし	2 所見あり	心電図検査			
		4000Hz	1 所見なし	2 所見あり				
	左	1000Hz	1 所見なし	2 所見あり				
		4000Hz	1 所見なし	2 所見あり				
胸部 X 線検査	<input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> 間接 撮影 年 月 日		その他の検査					
フィルム番号	No. _____							
所見			医師の指示 及 業務上の注意 事項					
								<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常所見
					以上のとおり診断する。 平成 年 月 日 所在地 医療機関名 医師 _____ (印)			