

健康診断書

氏名	男 女	昭和 平成	年	月	日生
住所	〒				
自覚症状	特になし・あり()		業務歴		

身長	cm	既往歴	特になし・あり()			
体重	kg					
腹囲	cm	他覚症状	特になし・あり()			
視力	右 . (.) 左 . (.)		ワクチン抗体価・接種歴	抗体価	ワクチン接種歴	
色覚	正常・異常			麻疹	1回・2回・不明	
聴力	右(正常・異常) 左(正常・異常)			風疹	1回・2回・不明	
聴診	異常なし・異常あり			ムンプス	1回・2回・不明	
				水痘	1回・2回・不明	
血圧	最大 mmHg / 最小 mmHg		レントゲン所見	所見なし 所見あり		
検尿	蛋白	— ± + # ##		治癒所見 要精密検査 フィルムNo.		
	糖	— ± + # ##				
	ウロビリノーゲン	正常・異常				
	潜血	— ± + # ##				
心電図						

その他	<u>血球計測</u>		<u>生化学検査</u>			
	白血球数	/mm ³	GOT	IU/L	HDLコレステロール	mg/dl
	赤血球数	万/mm ³	GPT	IU/L	HBS抗原	(+ ・ -)
	血色素量	g/dl	γ-GTP	IU/L	HBS抗体	(+ ・ -)
	ヘマトクリット	%	総コレステロール	mg/dl	HCV抗体	(+ ・ -)
	血小板数	万/mm ³	中性脂肪	mg/dl	S T S	(+ ・ -)
	血液像		血糖検査	mg/dl	HIV抗体	(+ ・ -)

総合判定	A. 異常を認めない B. 僅かに異常を認めるが日常生活に支障がない BF. Bで経過観察が必要 C. 日常生活に注意が必要 D. 治療が必要です E. 再検査をしてください (再検査項目)				
------	--	--	--	--	--

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

所在地

名称

医師

(印)

(太線枠内は本人が記入してください。)