

## 健 康 診 断 書

## ※ 医師の割印

 (写真)	現 住 所					TEL		
	氏 名							
	性 別	男 · 女	生 年 月 日	昭 和 平 成	年 月 日	年齢 ( 歳 )		
	検査年月日	令和 年 月 日						
既 往 歴 (発病年齢、病名等)				尿 検 査	糖	- + ++ ++		
現 病 歴 (発病年齢、病名、治療状況等)				貧 血 検 査	蛋 白	- + ++ ++		
					血色素量 (g/dl)			
麻しん	罹患歴	有	·	無	·	不明	赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )	
	予防接種	有	(回)	·	無	·	不明	A S T (G O T) (IU/l)
							A L T (G P T) (IU/l)	
自覚症状	有 ( ) · 無				γ-GTP (IU/l)			
身 長	cm			血 中 脂 質 検 査	LDLコレステロール (mg/dl)			
体 重	kg				HDLコレステロール (mg/dl)			
B M I					トリグリセライド (mg/dl)			
腹 囲	cm			血糖検査 (空腹時) (mg/dl)				
視 力	右	( )			心 電 図 検 査	*所見が認められた場合は 心電図波形を添付すること		
(矯正)	左	( )						
血 壓 (mmHg)	/			胸 部 X 線 検 査 (直 接 撮 影)	 撮影 年 月 日  *所見が認められた場合は レントゲンフィルム デジタル画像を添付すること			
聴 力	右	1000Hz	所見なし	所見あり → ( db )				
		4000Hz	所見なし	所見あり → ( db )				
	左	1000Hz	所見なし	所見あり → ( db )				
		4000Hz	所見なし	所見あり → ( db )				
その他の所見		有 ( ) · 無			No.			
医 師 の 指 示 及 び 就業上の注意事項		就業上の支障 なし · あり			(いずれかに○印をつけ、「あり」の場合は内容を記載願います。)			
上 記 の とおり 診 断 い た し ま す。								
令 和 年 月 日								
医療機関名								
住 所								
氏 名								

(印)

※ 異常値がある場合は、「医師の指示及び就業上の注意事項」欄に就業上の所見を記載してください。  
 ※ 矯正視力 0.7 未満は再検査が必要です。