

健康診断書

フリガナ				男	昭和 年 月 日生 (歳)			
氏名				女				
住所					電話			
身長		・ cm	体重	・ kg	胸囲	・ cm		
眼科	視力	右 ()	血 圧 (mm Hg)		~			
		左 ()	貧血検査	血色素量 (g / dl)				
耳鼻咽喉科	聴力	右		赤血球数 (万 / mm)				
		左	肝機能検査	G O T (IU / l)				
呼吸器	X線所見	直接		G P T (IU / l)				
		間接		- G T P (IU / l)				
	所見	平成 年 月 日撮影	血中脂質検査	総コレステロール (mg / dl)				
				中性脂肪 (mg / dl)				
器	所見		感染症検査	H B s 抗原		+ ・ -		
				梅毒定性反応 ()法		+ ・ -		
心電図検査				ツベルクリン皮内反応		×		
				平成 年 月 日		×		
				ツ反応陽転化		昭和 年 平成		
腰痛		有 ・ 無		尿検査	糖		()	
既往症					蛋白 ウロビリノーゲン		() ()	
					生理中		はい・いいえ	
現在の疾患				医師の指示及び就業上の注意事項				
上記のとおり証明する。 平成 年 月 日 所在地 医療機関名 医師名 印								