

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	肝機能検査		赤血球数 (万 / mm)		
		左	G O T (IU / l)				
呼吸器	X線所見	直接	間接	G P T (IU / l)			
		- 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		糖		()	
既往症				尿検査		蛋白	ウビリノーゲン () ()
				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							