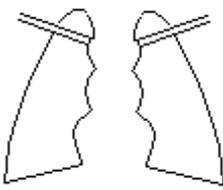


健康診断書

名前			生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日
			性別	男 ・ 女	年齢	歳
身長	cm		血 圧 (mmHg)			
体重	kg		貧血検査	血色素量 (g/dℓ)		
B M I				赤血球数 (万/mm ³)		
腹 囲	cm		肝機能検査	G O T (IU/ℓ)		
視力	右	()		G P T (IU/ℓ)		
	左	()		γ - G T P (IU/ℓ)		
聴力	右	1000Hz	血中脂質検査	LDLコレステロール (mg/dℓ)		
		4000Hz		HDLコレステロール (mg/dℓ)		
	左	1000Hz		トリグリセライド (mg/dℓ)		
		4000Hz		血 糖 検 査 (mg/dℓ)		
業務歴	1 なし 2 あり		尿検査	糖		- + ++ +++
				たん 白		- + ++ +++
既往歴	1 なし 2 あり		胸部エックス線検査	直接 間接 撮影 年 月 日		
						
自覚症状	1 なし 2 あり		心電図検査	フィルム番号 No.		
				1 正常範囲内 2 所見あり		
他覚症状	1 なし 2 あり		医師の診断	1 異常なし 2 要精密検査 3 要治療		

上記のとおり診断する。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

担当医師名

印