

健 康 診 断 書

本人記入	住所	〒				
	氏名		生年月日	年 月 日	性別	
検診年月日		年 月 日				
業 務 歴			血 圧 (mmHg)			
	既 往 歴	貧血検査	血色素料 (g/d)			
		赤血球数 (万/mm ³)				
自覚症状	肝機能検査	GOT (IU/)				
		GPT (IU/)				
		-GTP (IU/)				
他覚症状	血中脂質検査	LDL コレステロール (mg/d)				
		HDL コレステロール (mg/d)				
		トリグリセライド (mg/d)				
身長 (cm)			血糖検査 (mg/d)			
	体重 (kg)			糖	- + ++ +++	
腹 囲 (cm)				尿検査	蛋白質	
視力	右	()		心電図検査		
	左	()				
聴力	右 1000Hz	1 所見なし	2 所見あり	医師の診断		
	4000Hz	1 所見なし	2 所見あり			
	左 1000Hz	1 所見なし	2 所見あり			
	4000Hz	1 所見なし	2 所見あり			
胸部エックス線検査	直接撮影	間接年月日	医師の意見		就業に際し必要な配慮 (該当に)	
フィルム番号	No.				無 有 ()	

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

実施期間所在地
及び名称

医師氏名

備 考

- 1 「視力」の欄は、矯正していない場合は()外に、矯正している場合は()内に記入すること。
- 2 「医師の診断」の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記入すること。
- 3 「医師の意見」の欄は、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就業上の措置について医師の意見を記入すること。