

## 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 <sup>3</sup> )									
自 覚 症 状	他 覚 症 状	肝機能検査	GOT (IU/ )								
			GPT (IU/ )								
			-GTP (IU/ )								
身 長 (cm)	体 重 (kg)	腹 囲 (cm)	心電図検査	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 )							
				血糖検査 (mg/d )							
		尿検査		糖		- + ++ +++					
				蛋白質		- + ++ +++					
視力		右	( )		医師の診断						
聴力		左 ( )		右 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 間接 撮 影 年 月 日									医師の意見
フィルム番号		No.		就業への支障 ( 有 ・ 無 )							

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。