

健康診断書

年 月 日実施

| | | | | | | | | |
|-----------------|----------------------------|---------|---------|----------------|--------------|---|-------------|-----|
| ふりがな | | | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日生 | | |
| 氏名 | | | | | | () 才 | | |
| 住所 | 〒 | | | | TEL | — | | |
| 業務歴 | | 既往症 | | 自覚症状 | | 他覚症状 | | |
| 身長 | cm | | | 赤血球数 | (万/ μ l) | 血糖検査 | (mg/dl) | |
| 体重 | Kg | | | 血色素量 | (g/dl) | ヘモグロビンA1C でも代替可 | | |
| BMI | | | | GOT | (IU/l) | 尿検査 | 蛋白() 糖() | |
| 腹囲 | cm | | | GPT | (IU/l) | ツベルクリン 検査 | 陽性・陰性 | |
| 血圧 | / mmHg | | | γ -GTP | (IU/l) | 検査日 | 年 月 日 | |
| 視力 | 右 () 矯正() 左 () 矯正() | | | LDL コレステロール | (mg/dl) | HBs | 抗原()・抗体() | |
| 聴力 | 右 1000Hz | 1. 所見なし | 2. 所見あり | HDL コレステロール | (mg/dl) | 風疹、麻疹、水痘、ムンプスについては、 結果が判明している場合のみご記入くだ さい。不明の場合は、空欄で結構です。 | | |
| | 4000Hz | 1. 所見なし | 2. 所見あり | 血清 トリグリセライド | (mg/dl) | 風疹 | 抗体価 | 検査法 |
| 胸部X線検査 | | | | 心電図検査 | | 麻疹 | 抗体価 | 検査法 |
| 年 月 日撮影 (直接・間接) | | | | | | 水痘 | 抗体価 | 検査法 |
| | | | | | | 流行性 耳下腺炎 | 抗体価 | 検査法 |
| 上記のとおり診断する。 | | | | | | 年 月 日 | | |
| 住所 | | | | | | | | |
| 医療機関名 | | | | | | | | |
| 医師名 _____ | | | | | | 印 | | |

医療機関の方へ
検査結果のコピーを添付してください。

提出日より3ヶ月以内にとった診断書に限る。

聖バルナバ病院