

# 健康診断書

氏名			生年月日	年 月 日	健診年月日	平成 年 月 日
			性別	男・女	年齢	歳
業務歴			貧血検査			
			血色素量 (g/dL)			
			赤血球数 ( $\times 10^6 / \mu\text{L}$ )			
既往歴			肝機能検査			
			GOT (U/L)			
			GPT (U/L)			
自覚症状			γ -GTP (U/L)			
			腎機能検査			
			Cre (mg/dL)			
身長 (cm)			BUN (mg/dL)			
体重 (kg)			血中脂質検査			
血圧 (mm/Hg)			LDLコレステロール (mg/dL)			
聴力	右		HDLコレステロール (mg/dL)			
	左		トリグリセライド (mg/dL)			
視力	右		血糖検査 (mg/dL)			
	左		尿検査		糖	
胸部レントゲン検査(直接撮影) 撮影 年 月 日  		蛋白				
		抗体価				
		HBs抗原				
		HBs抗体			10mIU/mL以上	
		HCV抗体				
		麻疹			EIA: 16.0以上	
		水痘			EIA: 4.0以上	
		風疹			EIA: 8.0以上	
流行性耳下腺炎			EIA: 陽性			
医師の指示及び就業上の注意事項						
健康診断を実施した医療機関及び医師名						
平成 年 月 日 住 所 病院名 電話番号 医師名						
備考						