

健康診断書

氏名			生年月日	年 月 日	健診年月日	令和 年 月 日
			性別	男・女	年齢	歳
業務歴			貧血検査			
			ヘモグロビン(g/dL)			
			赤血球($\times 10^6 / \mu\text{L}$)			
既往歴			肝機能検査			
			AST(GOT) (U/L)			
			ALT(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		血糖値(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						
令和 年 月 日						
住所						
病院名						
電話番号						
医師名						
備考						