

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			
			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			腎機能検査			
			γ -GTP (U/L)			
			Cre (mg/dL)			
身長 (cm)			BUN (mg/dL)			
体重 (kg)			血中脂質検査			
血压 (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 蛋白	
胸部レントゲン検査 (直接撮影)			抗体価			
撮影 年 月 日						
			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						