


健康診断書

（実施日： 年 月 日）

| | | | | |
|--------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| フリガナ氏名 | (男・女) | 出身学校 | | |
| 生年月日 | S . H 年 月 日生 | 卒業年月 | 昭和 平成 令和 | 年 月 卒業 卒業見込 |
| 診 断 事 項 | | | | |
| 身長 | ・ cm | 胸部X線  | 年 月 日撮影 直接・間接 異常なし 所見： | |
| 体重 | ・ kg | | | |
| B M I (体型評価) | ※ BMI = 体重 (Kg) / 身長 (M) ² | | | |
| 腹囲(40歳以上) | | | | |
| 視力 | 右 ・ (・) 左 ・ (・) | | | |
| 聴力 | 右 | 1000Hz: 所見(なし・あり) 4000Hz: 所見(なし・あり) | | |
| | 左 | 1000Hz: 所見(なし・あり) 4000Hz: 所見(なし・あり) | | |
| 血圧 | / mmlg | | 異常なし 所見： | |
| 過去のBCG接種の有無 | 有 実施日 年 月 日 | 無 | | |
| 業務歴 | | | 検尿 | 蛋白 () 糖 () 潜血 () ウロビリノーゲン (正常・異常) |
| 既往歴 (メンタル面を含む) | | | 血算 | WBC 10 ³ / μl RBC 10 ⁴ / μl Hb g/dl Ht % 血小板 10 ⁴ / μl |
| | | | 生化学 | AST (GOT) IU/l HDLコレステロール mg/dl ALT (GPT) IU/l GGT (r-GTP) IU/l 血糖 mg/dl LDLコレステロール mg/dl HbA1c % トリグリセライド mg/dl |
| 自覚症状 | 異常なし 所見： | | 異常なし 所見： | |
| 指示事項 | 業務の支障 なし ・ あり 指示： | | | |
| 診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。 | | | | |
| | | | 住所(所在地) | |
| | | | 医療機関名 | |
| 年 月 日 | | | 医師の氏名 印 | |