


健康診断書

氏名	(フリガナ)			現住所							
	年	月	日生	男・女	職種						
身長	cm		体重	kg		BMI	kg/m ²		自他覚症状		
視力	右	()		聴力	右	正常・異常 ()					
	左	()			左	正常・異常 ()					
尿検査	糖	()		胸部 X 線				撮影 年 月 日			
	蛋白	()						<input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> 間接			
	ウロビリノーゲン	()					<input type="checkbox"/> 要治療 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 正常		所見 備考		
血圧	~		mmHg								

※以下は、40歳以上のみ検査して下さい。

貧血検査 正常・異常 ()		血中脂質検査 正常・異常 ()		腹囲	cm	
					<input type="checkbox"/> 実測 <input type="checkbox"/> 自己測定 <input type="checkbox"/> 自己申告	
赤血球	万/mm ³	中性脂肪	mg/d l	心電図検査 正常・異常 (異常所見)		
血色素量	g/d l	HDLコレステロール	mg/d l			
ヘマトクリット値	%	LDLコレステロール	mg/d l			
肝機能検査 正常・異常 ()		血糖検査 正常・異常 ()				
GOT (AST)	U/l	空腹時血糖	mg/d l			
GPT (ALT)	U/l	HbA1c	%			
γ-GTP	U/l	(NGSP)				

※以下は、「質問事項」は全員回答、「その他の診断項目」は40歳以上のみ検査して下さい。

質問事項	薬の使用有無	1. 血圧を下げる薬を飲んでいる。 (はい いいえ) 2. インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでいる。 (はい いいえ) 3. コレステロールを下げる薬を飲んでいる。 (はい いいえ)	その他の診断項目 (40歳以上のみ検査項目)	
		現在、煙草を習慣的に吸っている。 (はい いいえ) <small>習慣的とは、現在までに合計100本以上、又は6ヵ月以上吸っている者であり、最近1ヶ月も吸っている者。</small>	尿酸	正常・異常 ()
			クレアチン	正常・異常 ()
			白血球	正常・異常 ()
			血小板	正常・異常 ()
上部消化管 X 線		正常・異常 ()		

その他の検査		総合所見		
就業するにあたって留意すべき事項		診断の結果、上記の通り相違ないことを証明する。 年 月 日		
		医療機関名	(健診機関番号)	
		医師名	印	
※健診機関番号は不明の場合、記載しなくて構いません				