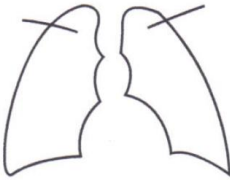


# 健康診断書

氏名			性別	生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	
			男・女			
問診				生化学	A S T	IU/l
					A L T	IU/l
					γ-GT	IU/l
身長	c m				総コレステロール	mg/dl
体重	k g				中性脂肪	mg/dl
腹囲	c m				H D L	mg/dl
血圧	m m H g				L D L	mg/dl
視力	右	・ ( ・ )		血清 諸検査	血糖	mg/dl
	左	・ ( ・ )			HB s 抗原	IU/ml
色覚					HB s 抗体	IU/ml
聴力	右 1000 Hz	所見 ( )・ <input type="checkbox"/> 異常なし	血液学	白血球数	×1000/μ	
	4000 Hz	所見 ( )・ <input type="checkbox"/> 異常なし		赤血球数	×万/μl	
左 1000 Hz	所見 ( )・ <input type="checkbox"/> 異常なし	ヘモグロビン		g/dl		
4000 Hz	所見 ( )・ <input type="checkbox"/> 異常なし	血小板数		×万/μl		
聴打診	所見 ( )・ <input type="checkbox"/> 異常なし			尿一般	蛋 白	
心電図	所見				糖	
	<input type="checkbox"/> 異常なし					
胸部 X線検査	撮影日 平成 年 月 日		小児関連 ウイルス 抗体検査	小児関連ウイルス（麻疹・風疹・水痘・耳下腺炎）の抗体価検査をされていない方は、記載の必要はございません。 抗体価測定結果やワクチン接種記録のある方は、母子手帳のワクチン接種欄のコピーや抗体価検査結果表のコピーを添えてください。		
	所見					
	<input type="checkbox"/> 異常なし					
医師の指示及び就業上の注意事項 所見  <input type="checkbox"/> 異常なし						
上記のとおり相違ないことを証明する。  平成 年 月 日 <span style="float: right;">所在地 施設名 医師名</span> <span style="float: right;">印</span>						