

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	cm			生化学	総コレステロール	mg/dl	
体重	kg				中性脂肪	mg/dl	
腹囲	cm				H D L	mg/dl	
血圧	mmHg				L D L	mg/dl	
視力	右	(.)	血清 諸検査	血糖	mg/dl		
	左	(.)		HBs抗原	IU/ml		
色覚				* HBs抗体	IU/ml		
聴力	右 1000 Hz 所見 ()	□ 異常なし	血液学	白血球数	×1000/μ		
	右 4000 Hz 所見 ()	□ 異常なし		赤血球数	×万/μl		
左 1000 Hz 所見 ()	□ 異常なし	ヘモグロビン		g/dl			
左 4000 Hz 所見 ()	□ 異常なし	血小板数		×万/μl			
聴打診	所見 ()		尿一般	蛋白			
心電図	所見			糖			
	□ 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	下記のコピーを添付してください。			
	所見			①母子手帳のワクチン接種欄 ②ワクチン接種記録(学生時・勤務時) ③抗体価検査結果表 ※抗体価検査(小児関連ウイルス【麻疹・風疹・水痘・耳下腺炎】)を受けていない方は③は不要です。①②が手元のない方は、その旨、添書きをお願いします。			
		□ 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 所在地							
施設名							
医師名 印							

(注) *印欄の当てはまる結果を丸で囲むこと