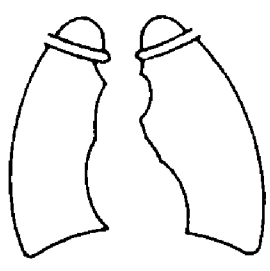


# 健康診断書

フリガナ 氏名	男・ 女	生年月日	昭・平	年	月	日 才
住所						
既往歴 業務歴						
自覚症状			他覚症状			
身長	.      cm	血 液 検 査	白血球数	_____ /mm <sup>3</sup>		心電図所見
体重	.      kg		赤血球数	_____ 万/mm <sup>3</sup>		
血圧	/      mmHg		血色素	_____ g/dl		
視力	右 ・ (      ) 眼鏡 左 ・ (      ) コンタクト使用		ヘマトクリット値	_____ %		
聴力	日常生活支障 無 ・ 有 (      )		AST	_____ IU/l		ツ反
X線所見	年      月      日 撮影		ALT	_____ IU/l		
間接 ・ 直接 異常 あり ・ なし			γ-GTP	_____ IU/l		陰性・陽性・疑
		クレアチニン	_____ mg/dl			
		LDL コレステロール	_____ mg/dl		その他の検査	
		HDL コレステロール	_____ mg/dl			
		中性脂肪	_____ mg/dl			
		血糖	_____ mg/dl			
		HbA1C	_____ %			
		尿	蛋白	(      )		
		検	糖	(      )		
		査	潜血	(      )		
内科診察所見			備考(就業上の注意事項等)			
上記の通り診断致します。		所在地				
		電話				
		医療機関				
平成	年	月	日	医師名	印	