

氏名	生年月日		年	月	日	健診年月日	年	月	日	
	性別		男・女			年齢	歳			
業務歴			血圧(mmHg)							
			貧血検査	血色素量(g/dl)						
				赤血球数(万/立方ミリメートル)						
既往歴			肝機能検査	G O T(IU/l)						
				G P T(IU/l)						
				γ-GTP(IU/l)						
自覚症状			血脂検査	HDLコレステロール(mg/dl)						
				LDLコレステロール(mg/dl)						
				血清トリグリセライド(mg/dl)						
他覚症状			血糖検査(mg/dl)							
			尿検査	糖			( )			
蛋(たん)白				( )						
身長(cm)			心電図検査							
体重(kg)										
視力	右	.	( . )		医師の診断					
	左	.	( . )							
聴力	右1000Hz	1 所見なし	2 所見あり							
	右4000Hz	1 所見なし	2 所見あり							
	左1000Hz	1 所見なし	2 所見あり							
	左4000Hz	1 所見なし	2 所見あり							
胸部エックス線検査 フィルム番号 所見	直接撮影	年月日	間接	医師の意見						


上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

住 所

医療機関名

医 師 名



- 1 「視力」の欄は、矯正していない場合は( )外に、矯正している場合は( )に記入してください。
- 2 「医師の診断」の欄は、異常なし、要精密検査、要治療などの医師の診断を記入してください。
- 3 「医師の意見」の欄は、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就業上の措置について医師の意見を記入してください。