様式第３号（Ａ４判）

健　康　診　断　書

|  |  |
| --- | --- |
| 所　属 |  |
| 氏　名 |  | 生年月日 | Ｓ・Ｈ　　　年　　　月　　　日 |
| 住　所 |  |
| 身　長 | ㎝ | 体　重 | ㎏ | 腹　囲 | ㎝ |
| 視　力 | 右 |  | 矯正視力 | 右 |  |  |  |
| 左 |  | 左 |  |
| 聴　力 | 正常　・　難聴（　右・左　） | 胸部エックス線検　査 | 撮影　　　年　　 月　　　日 |
| 貧血検査 | 血色素 |  | 心　電　図 |  |
| 赤血球 |  |  |  |
| 血中脂質検　査 | 血　糖 | 随時血糖 | ＨＤＬコレステロール |  |
| 血　清ﾄﾘｸﾞﾘｾﾗｲﾄﾞ |  | ＬＤＬコレステロール |  |
| 尿検査 | 糖 | （　　　　　） | 肝機能検　査 | GOT |  |
| 蛋　白 | （　　　　　） | GPT |  |
| 血圧測定 | ～　　　　mmHg | γ-GTP |  |
| 主な既往歴 |  |
| 総合所見 | ※就業可否について、記載して下さい。 |

|  |
| --- |
| 上記のとおり診断する。年　　　月　　　日病院所在地病院名医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |