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 |