

検査年月日 年 月 日

健康診断書

フリガナ氏名		男女	生年月日	年 月 日 生まれ (満 歳)
住所				
既往歴	無・有 () 外 傷 (外傷名) 年 月			
身長	cm	視 力	右 ()	コンタクト
体重	kg		左 ()	眼鏡
B M I	[体重kg / (身長m) ²]		色 覚	正常・異常 ()
脈 拍	回/分 整・不整		聴 力	右 正常・異常 ()
血 圧	右 / 左 /	mmHg		左 正常・異常 ()
脊 柱	正常・異常 ()		血 算	WBC $\times 10^3/mm^2$
胸 郭	正常・異常 ()			RBC $\times 10^4/mm^2$
アレルギー	なし・あり ()			Hgb g/dl
頭頸部	異常なし・あり ()			Hct %
胸 部	異常なし・あり ()		肝機能検査	GOT IU/l
腹 部	異常なし・あり ()			GPT IU/l
				-GTP U/l
胸部 X 線 所 見 (間接・直接) No. _____ 撮影年月日 年 月 日 			血 中 脂 質 検 査	総コレステロール mg/dl
				中性脂肪 mg/dl
				HDLコレステロール mg/dl
			血 糖 検 査	(食前・食後) mg/dl
			検尿(早朝尿)	蛋白() 糖()
心電図所見 年 月 日			異常なし	
			あ り ()	
異常所見 なし・あり ()				
就業に支障となると思われる異常			なし・あり ()	
施設名 住所 担当医名	TEL () 印			

* 病院、保健所等の医療機関で受診し、3ヶ月以内に実施した結果を記入して下さい。

記入上の注意事項：（担当医の先生方へのお願い）

1. 数字は全てアラビア数字(算用数字)を用いて下さい。
2. 既往歴のある場合は、その主なものの病名を（ ）内に記入して下さい。
3. 各項とも異常のある場合は、（ ）内に異常を簡潔に記入して下さい。
例：胸郭 ---- 異常（漏斗胸）
脊柱 ---- 異常（側彎） など
4. 検診の結果について、照合させて頂くことがありますので、カルテ・検査データは1年間保存して下さい。
5. 検尿の蛋白・糖は、（-）、（±）、（+）で記入していただいても結構です。
6. 記載不備や虚偽の記載がありますと、ご本人に迷惑のかかることがありますので、よろしくご高配下さい。
7. 照会の際に必要となりますので、貴施設名と住所・電話番号を必ず記入して下さい。
8. この診断書は、封筒に入れて封印して下さい。

以上