

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	( )
体重	kg		左	( )
BMI	[体重kg / (身長m) <sup>2</sup> ]		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 ( )
異常所見 なし・あり ( )			心電図所見	異常なし
			年 月 日	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