

# 健康診断書

フリガナ 氏名			健診年月日	年 月 日	性別	男・女
			生年月日	年 月 日	年齢	歳
既往症		あり・なし		血 圧 (mmHg)		/
自覚症状				貧血検査	血色素量 (g/dL)	
他覚症状					赤血球数 (万/mm)	
身長		cm		肝機能検査	AST (IU/L)	
体重		kg			ALT (IU/L)	
腹囲		cm			γ-GTP (IU/L)	
視力	右	( )		血中脂質検査	中性脂肪 (mg/dL)	
	左	( )			HDLコレステロール (mg/dL)	
聴力	右 1000Hz	所見あり・所見なし			LDLコレステロール (mg/dL)	
	右 4000Hz	所見あり・所見なし		血糖検査 (mg/dL)		
	左 1000Hz	所見あり・所見なし		HBs抗原/CLIA		
	左 4000Hz	所見あり・所見なし		判定		
胸部X線検査 検査結果(所見)		直接・間接		判定		
		撮影 年 月 日		定量値		
		異常あり		結核菌IFN-γ測定 (T-SPOT.TB)		
		( )		判定 ( )		
尿検査		異常なし		心電図検査		
				( )		
				異常なし		
医師の指示 及び注意事項						
備考						

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

印