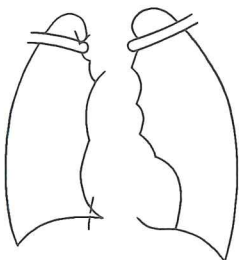


※記入する前に裏面の注意事項をご確認ください。

検査年月日 年 月 日

健 康 診 断 書			
フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳)
氏 名	男 女		
住 所	〒		
既往歴	無・有 ( ) 外傷 (外傷名: ) 年 月		
業務歴	無・有 ( )		
身長	cm	血液一般	WBC ×10 <sup>9</sup> /L
体重	kg		RBC ×10 <sup>12</sup> /L
B M I	(体重kg/(身長m) <sup>2</sup> )		Hgb g/dl
腹 囲	cm		Hct %
血 圧	右 / mmHg 左 / mmHg	肝 機 能	Plt ×10 <sup>9</sup> /L
脈 拍	回/分 整・不整		AST IU/L
脊 柱	正常・異常 ( )		ALT IU/L
胸 郭	正常・異常 ( )	脂 質	γ-GTP IU/L
アレルギー	なし・あり ( )		TG mg/dl
頭 頸 部	異常なし・あり ( )		HDL-C mg/dl
胸 部	異常なし・あり ( )	糖 代 謝	LDL-C mg/dl
腹 部	異常なし・あり ( )		血糖 (食前・食後 分) mg/dl
心電図所見	異常なし	腎 機 能	HbA1c (NGSP) %
年 月 日	あり ( )		尿酸 mg/dl
胸部X線所見 (直接・間接)	視 力 右 (矯正 ) コンタクト 左 (矯正 ) 眼鏡	尿 検 査 蛋白 ( ) 糖 ( )	
No. _____		就業に支障となると思われる異常 なし ・ あり	
撮影日 年 月 日		聴 力 1000Hz (30db) 正・異常 (右・左 ) 4000Hz (40db) 正・異常 (右・左 )	
		医師コメント	
異常なし あり ( )			
施設名及び住所 担当医師名	TEL ( )		印

## 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. 生年月日など、年月日は西暦を用いて下さい。
- ③. 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。
- ④. 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
- ⑤. 血液検査・検尿・心電図・胸部X線検査は3ヶ月以内に施行したものの結果を記入して下さい。
- ⑥. 健診の結果について、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。
- ⑦. 検尿の蛋白・糖は、（－）、（±）、（＋）で記入して頂いても結構です。
- ⑧. 記載不備や虚偽の記載がありますと、御本人に迷惑のかかることがありますので、よろしく御高配下さい。
- ⑨. 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。
- ⑩. この診断書は、封筒に入れて封印して下さい。

以 上