

# 健康診断書

年 月 日実施

|            |                 |         |                                       |  |        |              |         |         |         |
|------------|-----------------|---------|---------------------------------------|--|--------|--------------|---------|---------|---------|
| フリガナ       |                 |         |                                       | 男・女  | 生年月日   | 年            | 月       | 日生      | (才)     |
| 氏名         |                 |         |                                       |  |        |              |         |         |         |
| 住所         | 〒               |         |                                       |  | TEL    |              |         |         |         |
| 視力         | 左 ( )           | 右 ( )   | 身長                                    | cm   | 体重     | Kg           |         |         |         |
|            | 矯正 ( )          | 矯正 ( )  | 血圧                                    | mmHg   | 風疹     | 抗体価 ( )      | 検査法 ( ) |         |         |
| 聴力         | 左 ( )           | 右 ( )   | ツベルクリン<br>検査                          | 陽性・陰性  |        | 麻疹           | 抗体価 ( ) | 検査法 ( ) |         |
| 尿検査        | 蛋白 ( )・糖 ( )    |         |                                       | 検査日  | 年      | 月            | 水痘      | 抗体価 ( ) | 検査法 ( ) |
|            |                 |         | HBs                                   | 抗原 ( )   | 抗体 ( ) | 流行性 耳<br>下腺炎 | 抗体価 ( ) | 検査法 ( ) |         |
| 血液検査       | 赤血球数            |         | (万/dl)                                | ※ 風疹、麻疹、水痘、ムンプスについては、結果がわかっている場合のみ<br>ご記入ください。 |        |              |         |         |         |
|            | 血色素量            |         | (g/dl)                                | 胸部X線検査所見                                       |        |              |         |         |         |
|            | GOT             |         | (IU/l)                                |  |        |              |         |         |         |
|            | GPT             |         | (IU/l)                                |  |        |              |         |         |         |
|            | γ-GTP           |         | (IU/l)                                | 年 月 日撮影 (直接・間接)                                |        |              |         |         |         |
|            | LDL コレス<br>テロール |         | (mg/dl)                               |  |        |              |         |         |         |
|            | HDL コレ<br>ステロール |         | (mg/dl)                               |  |        |              |         |         |         |
| 中性脂肪       |                 | (mg/dl) | 心電図所見 40歳未満(35歳は除く)は、医師の判断に基づき<br>省略可 |  |        |              |         |         |         |
| 既往症        | 医師の所見           |         |                                       |  |        |              |         |         |         |
| 自覚症状       |                 |         |                                       |  |        |              |         |         |         |
| 他覚症状       |                 |         |                                       |  |        |              |         |         |         |
| 上記のとおり診断する |                 |         | 住所                                    |  |        |              |         |         |         |
| 年 月 日      |                 |         | 医療機関名                                 |  |        |              |         |         |         |
|            |                 |         | 医師名                                   |  |        |              |         |         | 印       |

医療機関の方へ

※検査結果のコピーを添付してください。

聖バルナバ病院