

健康診断結果報告書

氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日生	健診年月日			
	性別・歳	男・女 歳	平成 令和 年 月 日			
業務歴			血圧	/ (mmHg)		
既往歴			血液一般	赤血球数		
				白血球数		
				血小板数		
				ヘモグロビン		
				ヘマトクリット		
			血沈			
身長	(cm)		肝機能検査	γ-GTP		
				GOT		
				GPT		
体重	(kg)		血中脂質検査	総コレステロール		
				中性脂肪		
				HDL-CHO		
胸部X線検査 直接撮影			抗体価	HBs抗体		
				EIA (IgG)	麻疹	
					風疹	
					水痘	
			流行性耳下腺炎			
			心電図検査			
			検尿			蛋白 (- +)
						糖 (- +)
			視力	右	裸眼 (矯正)	
				左	裸眼 (矯正)	
色覚						
フィルムNo.	聴力	右	1000Hz 1. 所見なし 2. 所見あり 4000Hz 1. 所見なし 2. 所見あり			
X線診断		左	1000Hz 1. 所見なし 2. 所見あり 4000Hz 1. 所見なし 2. 所見あり			
医師の指示						
就業上の注意事項						

医師の所在地

医師記名

印

*抗体価検査に関しては、過去3年間に受けた記録が残っていれば、それを記入してください。