


健康診断書

ふりがな				血 圧	mmHg			
氏 名	男 ・ 女			血 沈	mm / 1時間			
				×		陰性 ・ 陽性		
生年月日	S・H	年	月	日	(最終判定 年 月)			
身 長	cm	体重		kg	ツベルクリン 反 応	コメント		
						視 力	右 ・ (・)	左 ・ (・)
聴 力	日常会話上に支障(有 ・ 無)							
心電図	所見 無 ・ 有			梅毒血清反応		- ・ +		
	コメント					HBs抗原	- ・ +	
						HCV	- ・ +	
胸部X線 (直接撮影)	所見 無 ・ 有			検 尿	蛋 白	- ・ ± ・ +		
	コメント (フィルム添付不要)	(平成 年 月 日撮影)			糖	- ・ ± ・ +		
					ウロビリノーゲン	- ・ ± ・ +		
					潜 血	- ・ ± ・ +		
					血液一般 検 査	WBC	/mm ³	
						RBC	万/mm ³	
						HGB	g/dl	
						HCT	%	
					血 液 生化学	GOT		
						GPT		
γ-GTP								
				T-Cho				
				HDL-Cho				
				TG				
				BS				
・ 既 往 歴				・ 自覚症状及び他覚症状				
上記の通り診断いたします。					平成 年 月 日			
医療機関名				医師名 (印)				
所在地								

(注) 提出前1ヶ月以内のものとする。

横 浜 労 災 病 院