

健康診断 サンプル表

氏 名	生年月日		年 月 日	健 診 年 月 日	年 月 日
	性 別		男 ・ 女	年 齡	歳
業務歴			血 圧 (mm H g)		
既往歴			貧 血 検 査	血 色 素 量 (g / d l)	
				赤 血 球 数 (万 / mm ³)	
自覚症状			肝機能検査	G O T (I U / l)	
				G P T (I U / l)	
他覚症状			血中脂質検査	γ - G T P (I U / l)	
				LDLコレステロール (mg / dl)	
				HDLコレステロール (mg / dl)	
				トリグリセライド (mg / dl)	
		血 糖 検 査 (m g / d l)			
		尿 検 査	糖		- + ++ +++
			蛋 白		- + ++ +++
身 長 (c m)			心 電 図 検 査		
体 重 (k g)					
B M I			そ の 他 の 法 定 検 査		
腹 囲 (c m)					
視 力	右	()	そ の 他 の 検 査		
	左	()			
聴 力	右1000Hz	1所見なし 2所見あり	健康診断を実施した医師 の氏名 印		
	4000Hz	1所見なし 2所見あり			
	左1000Hz	1所見なし 2所見あり			
	4000Hz	1所見なし 2所見あり			
胸部エックス線検査	直接	間接	医 師 の 意 見		
撮 影 日	年 月 日		意 見 を 述 べ た 医 師 の 氏 名 印		
フ イ ル ム 番 号 No.					

備考

- ★ 「視力」の欄は、矯正していない場合は()外に、矯正している場合は()内に記入すること。
- ★ 「医師の診断」の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記入すること。
- ★ 「医師の意見」の欄は、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、医師の意見を記入すること。

病院名・住所・電話番号記載