

健康診断結果報告書

氏名	(性別)	生年月日	西暦 年 月 日 (歳)			
業務歴		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			
既往歴		肝機能検査	γ-GTP			
			GOT			
			GPT			
身長	(c m)	血中脂質検査	総コレステロール			
			中性脂肪			
体重	(k g)		HDL-CHO			
胸部X線検査 直接検査		抗体価 ※EIA(IgG)	HB s 抗体			
			麻疹※			
			風疹※			
			水痘※			
			流行性耳下腺炎※			
		検尿	蛋白		(- +)	
			糖		(- +)	
フィルムNo.		色覚				
X線診断		視力	右	裸眼 (矯正)		
血圧	/ (m m H g)		左	裸眼 (矯正)		
血糖検査		聴力	右	1000Hz	1.所見なし 2.所見あり	
心電図検査				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 3.所見あり					
医師の指示						
就業上の 注意事項						

※1 抗体価検査については、過去3年間に受けた記録が残っていれば、それを記入ください。

健診実施日

西暦

年

月

日

所在地

施設名

医師名

印