

健 康 診 断 書

フリガナ名	男・女	生年月日	年 月 日生 (歳)
住所			

身長		cm	眼疾	有 () 無			
体重		kg	聴力	右 正常・異常 ()			
腹囲		cm		左 正常・異常 ()			
BMI	体重 (kg) / 身長 (m) ²		耳疾	有 () 無			
四肢	正常・異常 ()			血圧			
視力	右 (矯正)				~ (mmHg)		
	左 (矯正)			尿検査	蛋白: - ± +		
色覚	正常・異常 ()				糖: - ± +		
	貧血検査	赤血球数 (万/mm ³)			ウロビリノーゲン: 正常・異常		
血色素量 (g/dℓ)			肝機能検査	GOT (IU/ℓ)			
血糖検査 (どちらか一方)	空腹時血糖 (mg/dℓ)			GPT (IU/ℓ)			
	HbA1c (NGSP)			γ-GTP (IU/ℓ)			
心電図検査	正常・異常 ()			血中脂質検査	HDLコレステロール (mg/dℓ)		
					LDLコレステロール (mg/dℓ)		
					中性脂肪 (mg/dℓ)		
胸部X線検査	間接・直接・所見 ()			無			
既往歴	有 ()			無			
現在治療中の疾患	有 ()			無			
その他所見	消化器 ・ 循環器 ・ 感覚器 ・ 呼吸器 ・ 神経系の異常の有無 有 () 無						
ウイルス性疾患 抗体検査 (EIA法)	項目	結果	数値	感 染 症	項目	結果	数値
	麻疹	(+・-)	()		HBs抗原	(+・-)	
	風疹	(+・-)	()		HBs抗体	(+・-)	(mIU/mL)
	水痘	(+・-)	()		HCV抗体価	(+・-)	
	流行性耳下腺炎	(+・-)	()		RPR定性	(+・-)	
インターフェロン γ遊離試験 (IGRA)	+ ・ -						

上記のとおり証明する。

平成 年 月 日

住 所
医 療 機 関
医 師 名

印