

健 康 診 断 書

フリガナ氏名	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 ()
B M I	体重 (kg) / 身長 (m) ²		耳 疾	有 () 無
四 肢	正 常・異 常 ()		血 圧	~ (mmHg)
視 力	右 (矯正)			
	左 (矯正)			
色 覚	正 常・異 常 ()		尿 検 査	蛋白: - ± +
貧 血 検 査	赤血球数 (万/mm ³)			糖: - ± +
	血色素量 (g/dℓ)		肝 機 能 検 査	ウロビリノーゲン: 正常・異常
血 糖 検 査 (どちらか一方)	空腹時血糖 (mg/dℓ)			GOT (IU/ℓ)
	HbA1c (NGSP)			GPT (IU/ℓ)
心 電 図 検 査	正 常・異 常 ()		血 中 脂 質 検 査	γ - GTP (IU/ℓ)
				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)	麻 疹	陽性 ・ 陰性	感 染 症	HBs抗原
	風 疹	陽性 ・ 陰性		HBs抗体
	水 痘	陽性 ・ 陰性		HCV 抗体価
	流行性耳下腺炎	陽性 ・ 陰性		RPR定性
インターフェロン γ 遊離試験 (IGRA)	陽性 ・ 陰性			
BCG接種の有無	有 ・ 無 ・ 不明			

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