

健康診断書

受診日	平成 年 月 日	※太線内は、本人が記入してください。						
ヨミガネ 氏名		性別 男 女	生年月日 昭和 年 月 日		年齢			
住所								
既往歴 : かかった事のある病気を○で囲み、年齢を記入してください。 ・肺結核 歳 ・高血圧 歳 ・喘息 歳 ・心臓病 歳 ・腎炎 歳 ・糖尿病 歳 ・リウマチ熱 歳 ・その他 歳 ()								
身長			ワクチン歴	感染症	罹患歴	ワクチン歴	左記不明時抗体価記入	
体重				麻疹	有(年頃)・無・不明	有(年頃)・無・不明		
BMI	〔体重kg/(身長m) ² 〕			風疹	有(年頃)・無・不明	有(年頃)・無・不明		
腹囲				ムンプス	有(年頃)・無・不明	有(年頃)・無・不明		
血圧	～ mmHg			水痘	有(年頃)・無・不明	有(年頃)・無・不明		
視力	右	. (.)		末梢血	赤血球	. 10 ⁶ /mm ³		
	左	. (.)			白血球	. 10 ³ /mm ³		
聴力	右	1000Hz	所見なし あり		血色素	. g/dl		
		4000Hz	所見なし あり		血球容積	. %		
	左	1000Hz	所見なし あり		肝機能	GOT	IU/l	
		4000Hz	所見なし あり	GPT		IU/l		
胸部	胸部X線所見(直接) (撮影日 年 月 日)			脂質		総コレステロール	mg/dl	
						トリグリセライド	mg/dl	
					HDL-コレステロール	mg/dl		
					LDL-コレステロール	mg/dl		
	心電図所見				尿	蛋白		糖
潜血							ウロビリノーゲン	
感染症					HBV	HBs抗原+・- HBs抗体+・- 抗体価()		
					HCV	抗体 +・-		
梅毒	RPR法	陰性	陽性(倍)					
	TP抗体法	陰性	陽性(倍)					
内科所見				ツ反	陽性			
特記事項					陰性			
						不明		
						(BCG: 年 月)		
診断								
平成 年 月 日				病院名				
				医師				
				印				