

健康診断書

ふりがな 氏名	生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日
	性別	男 ・ 女	年齢	歳

住所

既往歴		自覚症状	
-----	--	------	--

身長		体重		BMI		血		圧		~		mmHg
----	--	----	--	-----	--	---	--	---	--	---	--	------

視力	右	()	聴力	1000 Hz	所見なし	所見あり	
					4000 Hz	所見なし	所見あり
					1000 Hz	所見なし	所見あり
					4000 Hz	所見なし	所見あり

胸部X線所見(直接)	心電図所見
(撮影日 年 月 日)	内科所見

末梢血	赤血球	10 ⁶ /mm ³	肝機能	AST		脂質	T.C		尿	蛋白	
	白血球	10 ³ /mm ³		ALT			中性脂肪			糖	
	血色素	g/dl		γ-GTP			HDL-C			潜血	
	血球容積	%					LDL-C			ウロビリノーゲン	

診断

ウイルス抗体検査結果

※麻疹 風疹 水痘 流行性耳下腺炎の4種については、陰性の場合はワクチン接種してください。

検査項目	検査日	抗体価	検査方法	最終ワクチン接種日
麻疹	年 月 日	() 抗体価 _____	EIA (IgG)	年 月 日
風疹	年 月 日	() 抗体価 _____	HI法	年 月 日
水痘	年 月 日	() 抗体価 _____	EIA (IgG)	年 月 日
流行性耳下腺炎	年 月 日	() 抗体価 _____	EIA (IgG)	年 月 日
HBs抗体	年 月 日	() 抗体価 _____	PHA法 ELISA法 CLIA法	年 月 日
HCV抗体	年 月 日	抗体()		
結核	年 月 日	結核菌特異的IFN-γ (T-SPOT) <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定保留		

年 月 日

病院名

医師

印