

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					
	cm		kg									
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					
	左	(.)			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	$10^6/\text{mm}^3$		肝機能	AST		脂 質	T.C		尿	蛋白	
	白血球	$10^3/\text{mm}^3$			ALT			中性脂肪			糖	
	血色素	g/dl			γ -GTP			HDL-C			潜血	
	血球容積	%				血糖		空腹時			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 EIA (IgG)	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) ☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定保留										
年 月 日				病院名								
				医師								
				印								