

身体検査書

氏名	生年月日		年	月	日	健診年月日		年	月	日
	性別	男・女		年齢		歳				
業務歴			聴力		右1000Hz		1所見なし	2所見あり		
					4000Hz		1所見なし	2所見あり		
既往歴					左1000Hz		1所見なし	2所見あり		
					4000Hz		1所見なし	2所見あり		
			血 圧 (mm H g)							
自覚症状			貧血検査	血色素量 (g / dl)						
				赤血球数 (万 / mm ³)						
他覚症状			肝機能検査	G O T (IU / l)						
				G P T (IU / l)						
			γ - G T P (IU / l)							
身長 (cm)			血中脂質検査	LDLコレステロール (mg / dl)						
体重 (kg)				HDLコレステロール (mg / dl)						
BMI				トリグリセライド (mg / dl)						
腹囲 (cm)		血糖検査 (mg / dl)								
視力	右	()	尿検査	糖			-	+	++	+++
	左	()		蛋白質			-	+	++	+++
胸部エックス線検査		直接	心電図検査							
		間接								
フィルム番号		撮影年月日	その他							
		No.								
医師の診断		異常なし ・ 要精密検査 ・ 要治療等 ・ その他 ()								
医師の意見										

検査結果は上記のとおりです。

医療機関名 _____

医師名 _____

(印)

備考

「視力」の欄は、矯正していない場合は()外に、矯正している場合は()内に記入して下さい

「医師の意見」の欄は、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就業上の措置について医師の意見を記入して下さい