

# 健康診断書

国立がん研究センター

職員番号：

入職年月日：令和 年 月 日付 所 属：

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				血 圧 (mmHg)		
既 往 歴				貧血検査	血 色 素 料 (g/dL)	
					赤 血 球 数 (万/ $\mu$ L)	
自 覚 症 状				肝 機 能 査 検	G O T (IU/L)	
					G P T (IU/L)	
他 覚 症 状				血 中 脂 質 査 検	$\gamma$ - G T P (IU/L)	
					L D L コレステロール (mg/dL)	
身 長 (cm)				尿 査 検	H D L コレステロール (mg/dL)	
					ト リ グ リ セ ラ イ ド (mg/dL)	
体 重 (kg)				血 糖 査 検 (mg/dL)		
B M I				糖	( - + )	
腹 囲 (cm)				蛋 白	( - ± + )	
視 力	右	( )		心 電 図 査 検		異常なし 所見があれば記入 [ ]
	左	( )				
胸部エックス線検査	直 接 間 接		そ の 他 の 法 定 査 検			
	撮 影	年 月 日				
フィルム番号	・		そ の 他 の 査 検			
判 定				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
					左 1000Hz	1 所見なし 2 所見あり
					4000Hz	1 所見なし 2 所見あり
<p>上記のとおり診断する</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>医療機関名</p> <p>医 師 名</p>						