健　康　診　断　書

国立がん研究センター

職員番号：

入職年月日：　　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／μL）		
自覚症状		肝機能検査	GOT（IU／L）		
			GPT（IU／L）		
			γ－GTP（IU／L）		
他覚症状		血中脂質検査	LDLコレステロール（mg／dL）		
			HDLコレステロール（mg／dL）		
			トリグリセライド（mg／dL）		
		血糖検査（mg／dL）			
身長（cm）		尿検査	糖	（　－　＋　）	
			蛋白	（－　±　＋）	
体重（kg）		心電図検査		異常なし 所見があれば記入 ［　　］	
BMI					
腹囲（cm）					
視力 右	（　　）				
視力 左	（　　）	その他の法定検査			
胸部エックス線検査	直接　　間接 撮影　　年　月　日	その他の検査			
		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
フィルム番号	・		4000Hz	1　所見なし	2　所見あり
判定					

上記のとおり診断する

年　月　日

住　所

医療機関名

医師名