

健康診断書

国立がん研究センター

職員番号：

所属：

入職日：

年 月 日付

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)		
自覚症状				赤血球数 (万/ μ L)			
				肝機能検査	G O T (IU/L)		
					G P T (IU/L)		
他覚症状				γ - G T P (IU/L)			
				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)							
身長 (cm)				血 糖 検 査 (mg/dL)			
				尿検査	糖	(- +)	
体重 (kg)				(- ± +)			
B M I							
腹 囲 (cm)				心 電 図 検 査 異常なし 所見があれば記入 []			
視力	右	()					
	左	()					
胸部エックス線検査	直 接 間 接 撮 影 年 月 日			そ の 他 の 法 定 検 査			
	フィルム番号			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	
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							