

健康診断書 (B)

ふりがな		性別	昭和	
氏名		男・女	平成	年月日生(歳)
身長	c m		血球検査	赤血球数 ()
体重	k g			ヘマトクリット値 ()
聴力	右 生活上問題 (あり・なし)	左 生活上問題 (あり・なし)		血色素量 ()
				白血球数 ()
視力	右 ()	左 ()	肝機能検査	GOT IU/I
				GPT IU/I
血圧	~	mmHg		γ-GTP IU/I
尿検査	糖		既往歴等	
	蛋白			
胸部X線検査	撮影月日			
	令和 年 月 日			
	結果 (異常 なし・あり)			
<h2>総合判断</h2> <p>1. 異常なし 2. 要精検 3. 要治療</p> <p>4. 就業制限 なし あり ()</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医師名 _____ ④</p>				

※ 就業制限の有無の記載、(あり)の場合は詳細の記載をお願いします。