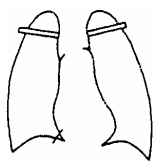


健康診断個人票

氏名		性別		生年月日	
住所				年齢	歳

業務歴			血圧	mmHg				
既往歴			貧血検査	血色素量(g/dl)				
自覚症状				赤血球数(万/mm ³)				
他覚症状				GOT (IU/L)				
身長		cm	肝機能障害	GPT (IU/L)				
体重		kg		-GTP (IU/L)				
視力	右	()		血中脂質検査	総コレステロール(g/dl)			
	左	()	トリグリセライド(g/dl)					
聴力	右	1. 所見なし 2. 所見あり	HDLコレステロール					
	左	1. 所見なし 2. 所見あり	血糖検査					
尿検査	1000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり	糖		-	+	++	+++
	4000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり	蛋白		-	+	++	+++
心電図検査			その他の検査		/			
胸部X線検査	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: center;"> <p>正常</p> <p>異常</p> <p>()</p> </div>	<p>総合判定</p> <p>(医師の指示及び就業上の注意事項)</p>	<p>異常なし</p> <p>異常あり</p> <p>()</p>					
備考								

上記のとおり診断いたします。

年 月 日

所在地

名称

医師氏名

印