健　康　診　断　書

ふりがな		男・女	生年月日	昭和 ・ 平成 年　月　日（　歳）
氏　名				
住　所	〒			

身　長		cm	既往歴	□ なし　□ あり
体　重		kg		
視力	右	矯正（　）		
	左	矯正（　）		

聴力	右	1000Hz	所見あり	所見なし	
		4000Hz	所見あり	所見なし	
	左	1000Hz	所見あり	所見なし	
		4000Hz	所見あり	所見なし	
血　圧		～		mmHg	

理学的検査	聴　打　診	
	視　　診	
	腹部触診	

X線所見　　直　接　・　間　接

撮影が困難な時は喀痰検査

血液検査	赤血球数	万個/㎜3
	ﾍﾏﾄｸﾘｯﾄ値	%
	血色素量	g/dl
	白血球数	個/㎜3
	GOT	IU/I
	GPT	IU/I
	γ-GTP	IU/I
尿検査	蛋白	（　）
	糖	（　）
	ｳﾛﾋﾞﾘﾉｰｹﾞﾝ	（　）

総合判断	1. 異常なし　2. 要精検　3. 要治療 4. 就業制限　なし　あり

上記のとおり診断します。

年　　月　　日

住　　所

医療機関名

医師氏名　　印

公益財団法人寝屋川市保健福祉公社
TEL：072-838-0421