

# 健康診断書

札幌徳洲会病院 看護部

フリガナ 氏名	生年月日		年	月	日	健診年月日		年	月	日		
	性別		男・女			年齢		歳				
住所			血 球 検 査		赤血球数(万/ $\mu$ l)			肝・胆・膵		GOT(AST) (IU/l)		
TEL	( )				血色素量(g/dl)					GPT(ALT) (IU/l)		
既往歴					ヘマトクリット(%)					アルカリフォスファターゼ(IU/l)		
自覚症状					平均赤血球容積(fl)					$\gamma$ -GTP (IU/l)		
					平均赤血球血色素量(pg)					総蛋白(g/dl)		
					平均赤血球血色素濃度(%)					アルブミン(g/dl)		
身長 (cm)			血小板数(万/ $\mu$ l)			A/G 比						
	体重 (kg)			白血球数(万/ $\mu$ l)			糖 尿 病		空腹時血糖(mg/dl)			
		BMI			好塩基球(%)					CRP (mg/dl)		
	腹囲 (cm)				好酸球(%)					HBs抗原		
血圧 (mmHg)		/		好中球(%)					免 疫 検 査		HBs抗体	
視力	右	( )		リンパ球(%)			梅毒反応RPRカード法					
	左	( )		単球(%)			梅毒反応 TPHA法					
聴力	右1000Hz	1所見なし	2所見あり	脂 質		総コレステロール(mg/dl)		VZV・IgG (EIA)				
	4000Hz	1所見なし	2所見あり			HDLコレステロール(mg/dl)		ムンプスIgG (EIA)				
	左1000Hz	1所見なし	2所見あり			LDLコレステロール(mg/dl)		風疹IgG (EIA)				
	4000Hz	1所見なし	2所見あり			中性脂肪(mg/dl)		麻疹IgG (EIA)				
胸部エックス線検査		直接 間接 撮影 年 月 日		腎 機 能		尿素窒素(mg/dl)		尿 検 査		糖		— + ++ +++
フィルム番号		No.				クレアチニン(mg/dl)				蛋白		— + ++ +++
安静時心電図						尿酸(mg/dl)				ウロビリノーゲン		— + ++ +++
備考										潜血		— + ++ +++
医師の診断				1. 健康上の問題点 なし・あり 2. 就業制限 なし・あり( )								
上記の通り相違ないことを証明する。				年 月 日								
所在地				TEL ( )								
医療機関名				医師: _____ (印)								

**備考**

※「視力」の欄は、矯正していない場合は( )外に、矯正している場合は( )内に記入すること。

※「医師の診断」の欄は、(あり)の場合は詳細の記載をお願い致します。