

健康診断結果票

※ ○のついている項目を受診してください

氏名		住所	
		生年月日	検査年月日
○	業務歴	○	貧血検査 血色素量(g/dl) 基準: 男性 13.5~18.0 女性 11.3~15.2 赤血球数(万/mm3) 基準: 男性 427~570 女性 376~500
○	既往歴	○	肝機能検査 GOT GPT γ-GTP 基準: GOT 8~38、GPT 4~44 γ-GTP 0~73
○	自覚症状	○	他覚症状
○	身長(cm)	○	血中脂質検査 総コレステロール 基準: 130~220 HDLコレステロール 基準: 男性 40~99 女性 50~109 トリグリセリド 基準: 40~150
○	体重(kg)	○	血糖検査(mg/dl) 基準: 空腹時 60~109 随時 60~139
○	腹囲(cm)	○	ヘモグロビンA1c 基準: 4.3~5.8
○	BMI	○	医師の診断(要精密検査、要治療等の指示事項を記入)
○	胸部X線検査 直接 間接 フィルム番号	○	
○	心電図検査	○	
○	血圧 (mmHg) 最高血圧 最低血圧	○	
○	尿検査 糖 蛋白 基準: —	○	
○	医師の意見(異常の所見があると診断された場合に、就業上の措置について意見を記入)		
○			
上記のとおり診断しました		健康診断を実施した医師の住所及び氏名	
令和 年 月 日			