

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 (IU/l) GOT GPT γ-GTP 基準: GOT: 8~38, GPT: 4~44 γ-GTP: 0~73	
○	自覚症状	○	他覚症状 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 トリグリセライド 基準: 40~150	
○	身長(cm)		○	血中脂質検査 (mg/dl)
	体重(kg)		○	
	BMI		○	
○	胸部X線検査 直接 間接 フィルム番号	○	血糖検査(mg/dl) 基準: 空腹時: 60~109 随時: 60~139	
		○	ヘモグロビンA1c 基準: 4.3~5.8	
○	心電図検査	○	医師の診断(要精密検査、要治療等の指示事項を記入)	
○	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		
平成 年 月 日				