

## 健康診断書

受診日 20 年 月 日

|              |  |                        |                      |                   |   |
|--------------|--|------------------------|----------------------|-------------------|---|
| 氏名           |  | 生年月日                   | 西暦 年 月 日             | 年齢                | 歳 |
| 住所           |  |                        |                      |                   |   |
| 身長           | cm   | 体重                     | kg                   | 現病歴(自覚症状・常用薬等も含む) |   |
| 血圧           |  | /                      | mmHg                 | なし                |   |
| 視力 ( )内は矯正視力 |  | 右 ( ) 、 左 ( )          | あり                   |                   |   |
| 聴力           | 1000Hz・30dB                                      | 右(聴取可・不可)、左(聴取可・不可)    |                      |                   |   |
|              | 4000Hz・40dB                                      | 右(聴取可・不可)、左(聴取可・不可)    |                      |                   |   |
| 血液検査         | GOT (AST)  | (U/L)                  |                      |                   |   |
|              | GPT (ALT)  | (U/L)                  |                      |                   |   |
|              | γ-GTP  | (U/L)                  |                      |                   |   |
|              | LDL-コレステロール                                      | (mg/dL)                |                      |                   |   |
|              | 中性脂肪   | (mg/dL)                |                      |                   |   |
|              | HDL-コレステロール                                      | (mg/dL)                |                      |                   |   |
|              | クレアチニン   | (mg/dL)                |                      |                   |   |
|              | 尿酸   | (mg/dL)                |                      |                   |   |
|              | 空腹時血糖  | (mg/dL)                |                      |                   |   |
|              | HbA1c  | (%)                    |                      |                   |   |
|              | 白血球数   | (/μL)                  |                      |                   |   |
|              | 赤血球数   | (×10 <sup>4</sup> /μL) |                      |                   |   |
|              | 血色素  | (g/dL)                 |                      |                   |   |
|              | ヘマトクリット  | (%)                    |                      |                   |   |
| 血小板数         | (×10 <sup>4</sup> /μL)                           |                        |                      |                   |   |
| アレルギー        |  | 食物等 なし・あり ( )          | 既往歴(各種ヘルニア、腱鞘炎なども含む) |                   |   |
|              |  | 金属 なし・あり ( )           | なし                   |                   |   |
|              |  | その他 ( )                | あり                   |                   |   |
| 総合所見         |  | ありの場合は具体的にご記入ください      |                      |                   |   |
| 医療機関名        | 上記のとおり診断いたします<br>20 年 月 日<br>所在地<br>医療機関名<br>医師名 |                        |                      |                   |   |
|              | 印  |                        |                      |                   |   |

## 【注意事項】

- ・医療機関でこの用紙に記入し証明を受けた場合の費用は個人で負担願います
- ・医師の証明後、3か月以内を有効といたします
- ・個人情報の取り扱い…取得目的の範囲内で利用し、目的以外の利用はいたしません