


# 健康診断書（雇入時）

社会福祉法人陽光福祉会

フリガナ 氏名	男・女	生年月日	昭・平	年	月	日	年齢	歳
住所	〒							
電話			健診年月日	平成	年	月	日	

既往歴		血圧測定	~ mmHg 降下剤使用（なし・あり）		
業務歴		貧血検査	血色素量 (g/dl)		
			赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )		
喫煙歴		肝機能検査	G O T (IU/l)		
			G P T (IU/l)		
			γ - G T P (IU/l)		
服薬歴		血中脂質検査	血清トリグリセライド (mg/dl)		
			HDLコレステロール (mg/dl)		
自覚症状			LDLコレステロール (mg/dl)		
他覚症状		血糖検査	空腹時血糖 (mg/dl)		
			ヘモグロビン A1C (%)		
身長 (cm)		尿検査	蛋 白	- + ++ +++	
体重 (kg)			糖	- + ++ +++	
腹囲 (cm)		心電図検査			
視力	右		( )		
	左		( )		
聴力	右		1,000Hz	1 所見なし	2 所見あり
		4,000Hz	1 所見なし	2 所見あり	
	左	1,000Hz	1 所見なし	2 所見あり	
		4,000Hz	1 所見なし	2 所見あり	
胸部 X 線検査		総合所見			
喀痰検査					

上記の通り診断します。

平成 年 月 日

医療機関名

医師の氏名

(印)