

職員健康診断結果報告書

受診日 (西暦) 年 月 日

氏名	(男・女)		生年月日	年	月	日(歳)
所属						
身長	cm		体重	kg		
腹囲	* 40歳以上(妊娠中の女性は除く)					cm
視力		裸眼	矯正	尿検査	蛋白	
	右		()		糖	
	左		()			
血压(mmHg)	収縮		拡張			
* 聴力	1000Hz	右	所見 あり・なし (db)	左	所見 あり・なし (db)	
	4000Hz	右	所見 あり・なし (db)	左	所見 あり・なし (db)	
胸部X線検査	所見					
* 心電図	所見		判定			
* 貧血検査	血色素量		g/dl	赤血球数		万/mm ³
* 肝機能検査	AST(GOT)	U/l	ALT(GPT)	U/l	γ-GT(γ-GPT)	U/l
* 脂質検査	HDLコレステロール	mg/dl	LDLコレステロール	mg/dl	中性脂肪(TG)	mg/dl
* 血糖検査 (空腹時血糖 もしくは 随時血糖+HbA1c)	血糖(mg/dl)	食後時間:()時間		HbA1c(%)		
内科所見	所見		判定			
医療機関名						
診察医師名						

* は35歳および40歳以上は必須

空腹時血糖:食後10時間以上 随時血糖:食事開始時から3.5時間以上10時間未満