

健康診断書

| ※ 職 種                       |         | ※ 氏 名 |       | ※ 性 別                               | ※ 生年月日                  |                                 | ※ 年 齢         |           |
|-----------------------------|---------|-------|-------|-------------------------------------|-------------------------|---------------------------------|---------------|-----------|
|                             |         |       |       | 男 ・ 女                               | 昭和<br>平成                | 年 月 日                           | 歳             |           |
| 業 務 歴                       |         |       |       | 血 圧 ( mm H g )                      |                         |                                 |               |           |
|                             |         |       |       | 貧 血 検 査                             | 血 色 素 量 ( g / d l )     |                                 |               |           |
| 既 往 歴                       |         |       |       |                                     |                         | 赤 血 球 数 ( 万 / mm <sup>3</sup> ) |               |           |
|                             |         |       |       | 自覚症状                                |                         |                                 |               | 肝 機 能 検 査 |
| G P T ( I U / l )           |         |       |       |                                     |                         |                                 |               |           |
| γ - G T P ( I U / l )       |         |       |       |                                     |                         |                                 |               |           |
| 他覚症状                        |         |       |       | 血 中 脂 質 検 査                         | LDLコレステロール ( mg / d l ) |                                 |               |           |
|                             |         |       |       |                                     | HDLコレステロール ( mg / d l ) |                                 |               |           |
|                             |         |       |       |                                     | トリグリセライド ( mg / d l )   |                                 |               |           |
| 身 長 ( c m )                 |         |       |       | 血 糖 検 査 ( m g / d l )               |                         |                                 |               |           |
| 体 重 ( k g )                 |         |       |       | HBs抗原 (定性および抗原値を記入 IU/ml)           |                         | － ＋ ( )                         |               |           |
| B M I                       |         |       |       | HBs抗体 (定性および抗体価を記入 mIU/ml)          |                         | － ＋ ( )                         |               |           |
| 視 力                         | 右       | ( )   |       | 尿 検 査                               | 糖                       |                                 | － ＋ ＋ ＋ ＋ ＋ ＋ |           |
|                             | 左       | ( )   |       |                                     | 蛋 白                     |                                 | － ＋ ＋ ＋ ＋ ＋ ＋ |           |
| 聴 力                         | 右1000Hz | 1所見なし | 2所見あり | 心 電 図 検 査                           |                         |                                 |               |           |
|                             | 4000Hz  | 1所見なし | 2所見あり |                                     |                         |                                 |               |           |
|                             | 左1000Hz | 1所見なし | 2所見あり | そ の 他 の 法 定 検 査                     |                         |                                 |               |           |
|                             | 4000Hz  | 1所見なし | 2所見あり | そ の 他 の 検 査                         |                         |                                 |               |           |
| 胸部エックス線検査 直接 間接<br>撮影 年 月 日 |         |       |       | 医 師 の 診 断                           |                         |                                 |               |           |
| フ イ ル ム 番 号 No.<br>所 見      |         |       |       | (異常なし・要精密検査・要治療等)                   |                         |                                 |               |           |
|                             |         |       |       | 医師の意見<br>(異常の所見があると診断された場合の就業上の処置等) |                         |                                 |               |           |
| 備 考                         |         |       |       |                                     |                         |                                 |               |           |
| 令和 年 月 日                    |         |       |       |                                     |                         |                                 |               |           |
| (医療機関名)                     |         |       |       | (医師名)                               |                         |                                 | 印             |           |

※印の欄は、本人が記入すること。

備考

労働安全衛生規則第43条、第47条若しくは第48条の雇入時の健康診断又は労働安全衛生法第66条第4項の健康診断を行った<sup>1</sup>ときに用いること。

2 BMIは、次により算出すること。

BMI＝

体重(kg)

身長(m)<sup>2</sup>

3 「視力」の欄は、矯正していない場合は( )外に、矯正している場合は( )内に記入すること。

4 「その他の法定検査」の欄は、労働安全衛生規則第47条の健康診断及び労働安全衛生法第66条第4項の健康診断のうち、それぞれの該当欄以外の項目についての結果を記入すること。

5 「医師の診断」の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記入すること。

6 「医師の意見」の欄は、健康診断の結果、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医師の意見を記入すること。