

# 健康診断書

|           |                         |        |        |                |                           |    |           |        |  |  |  |
|-----------|-------------------------|--------|--------|----------------|---------------------------|----|-----------|--------|--|--|--|
| フリガナ氏名    | 生年月日                    |        | 年      | 月              | 健診年月日                     | 年  | 月         | 日      |  |  |  |
|           | 性別                      |        | 男      | ・              | 女                         | 年齢 | 歳         |        |  |  |  |
| 業務歴       | 貧血検査                    |        |        |                | 血色素量(g/dl)                |    |           |        |  |  |  |
| 既往歴       |                         |        |        |                | 赤血球数(万/mm <sup>3</sup> )  |    |           |        |  |  |  |
|           |                         |        |        |                | ※白血球数(個/mm <sup>3</sup> ) |    |           |        |  |  |  |
|           |                         |        |        |                | ※ヘマトクリット値(%)              |    |           |        |  |  |  |
| 自覚症状      | 肝機能検査                   |        |        |                | GOT(IU/l)                 |    |           |        |  |  |  |
| 他覚症状      |                         |        |        |                | GPT(IU/l)                 |    |           |        |  |  |  |
|           |                         |        |        |                | γ-GTP(IU/l)               |    |           |        |  |  |  |
| 内科診察      | 血中脂質検査                  |        |        |                | LDLコレステロール(mg/dl)         |    |           |        |  |  |  |
|           |                         |        |        |                | HDLコレステロール(mg/dl)         |    |           |        |  |  |  |
|           |                         |        |        |                | トリグリセライド(mg/dl)           |    |           |        |  |  |  |
|           |                         |        |        |                | ※総コレステロール(mg/dl)          |    |           |        |  |  |  |
| 身長(cm)    | 血糖検査(mg/dl)             |        |        |                |                           |    |           |        |  |  |  |
| 体重(kg)    | ※尿酸検査(mg/dl)            |        |        |                |                           |    |           |        |  |  |  |
| BMI       | 尿検査                     |        |        |                | 糖                         |    |           |        |  |  |  |
| 腹囲(cm)    |                         |        |        |                | 蛋白                        |    |           |        |  |  |  |
| 血圧(mm/Hg) |                         |        |        |                | /                         |    | ※ウロビリノーゲン |        |  |  |  |
|           |                         |        |        |                | /                         |    | ※潜血       |        |  |  |  |
| 視力        | 右                       | ( )    |        | ※その他検査         |                           |    |           |        |  |  |  |
|           | 左                       | ( )    |        |                |                           |    |           |        |  |  |  |
| 聴力        | 右1,000Hz                | 1 所見なし | 2 所見あり |                |                           |    |           | T-spot |  |  |  |
|           | 4,000Hz                 | 1 所見なし | 2 所見あり |                |                           |    |           | HBs抗原  |  |  |  |
|           | 左1,000Hz                | 1 所見なし | 2 所見あり |                |                           |    |           | HBs抗体  |  |  |  |
|           | 4,000Hz                 | 1 所見なし | 2 所見あり |                |                           |    |           | HCV抗体  |  |  |  |
| 胸部エックス線検査 | 直接撮影                    | 間接     |        |                |                           |    |           | 麻疹抗体   |  |  |  |
|           | 撮影日                     | / /    |        |                |                           |    |           | 風疹抗体   |  |  |  |
|           | 所見                      |        |        | 水痘抗体           |                           |    |           |        |  |  |  |
|           | フィルム番号等                 | No.    |        | ムンプス抗体         |                           |    |           |        |  |  |  |
| 医師の診断     |                         |        |        | 健康診断を実施した医師の氏名 |                           |    |           | 印      |  |  |  |
|           |                         |        |        | 医師の意見          |                           |    |           |        |  |  |  |
| 心電図検査     |                         |        |        | 意見を述べた医師の氏名    |                           |    |           | 印      |  |  |  |
| 備考        | 歯科医師による健康診断             |        |        |                |                           |    |           |        |  |  |  |
|           | 歯科医師による健康診断を実施した歯科医師の氏名 |        |        |                | 印                         |    |           |        |  |  |  |
|           | 歯科医師の意見                 |        |        |                |                           |    |           |        |  |  |  |
|           | 意見を述べた歯科医師の氏名           |        |        |                | 印                         |    |           |        |  |  |  |

注意

- ・労働安全衛生法、労働安全衛生規則に基づく健康診断を実施のこと。
- ・BMIは、次の算式により算出すること。
$$BMI = \frac{\text{体重(kg)}}{\text{身長(m)}^2}$$
- ・「視力」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。
- ・「医師の診断」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。
- ・「医師の意見」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意見を記入すること。
- ・「歯科医師による健康診断」欄は、労働安全衛生規則第48条の健康診断を実施した場合に記入すること。
- ・「歯科医師の意見」欄は、歯科医師による健康診断の結果、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意見を記入すること。
- ・※印は法定外の記載項目です。