

# 健康診断実施内容確認書

※太枠内をご記入いただき、下記番号へFAXください。

会社名	様
郵便番号	ご担当者様(確認者様)  様
住所	
電話番号	
FAX番号	

項目1	項目2	希望に○をしてください
業務歴	有害業務作業従事歴の有無	
既往歴		
服薬歴		
喫煙歴		
自覚症状		
他覚症状		
血圧(mmHg)	収縮期・拡張期	
身長(cm)		
体重(kg)		
BMI		
腹囲(cm)		
視力	右 左	
聴力	右1000Hz	
	4000Hz	
	左1000Hz	
	4000Hz	
血液一般	白血球(千/ $\mu$ l)	
	赤血球(万/ $\mu$ l)	
	ヘモグロビン(g/dl)	
	ヘマトクリット(%)	
	血小板数(万/ $\mu$ l)	
肝機能検査	GOT(U/l)	
	GPT(U/l)	
	$\gamma$ -GTP(U/l)	
血中脂質検査	総コレステロール(mg/dl)	
	HDLコレステロール(mg/dl)	
	LDLコレステロール(mg/dl)	
	中性脂肪(mg/dl)	
血糖検査(mg/dl)		
尿検査	糖	
	蛋白	
	ウロビリノーゲン	
	尿潜血	
胸部レントゲン検査	(直接)	
心電図検査		
その他の検査		
内科診察		
総合診断		

FAX. 047-437-6868 ドクターランド船橋 行