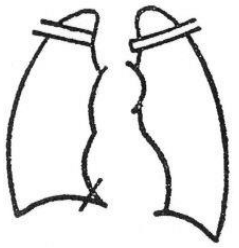


様式第5号（第4条第1項関係）（用紙 日本工業規格A4縦型）

受診前に実施機関に連絡し、検査前の注意事項（飲食の制限等）を確認し指示に従ってください。

健 康 診 断 書			
* 太枠内は本人が記入してください。			
浜松番号		現住所	
フリガナ 氏名	(男・女)	生年月日	昭和 年 月 日 平成 (満 歳)
既往歴			
現在治療中の疾患名・ 治療状況（服薬・受診）等			
嗜好	たばこ	吸わない・やめた・吸う⇒1日（ ）本 ×（ ）年	
	アルコール	飲む頻度・・・ 毎日・ときどき（週 回）・ほとんど飲まない（飲めない）	
		1日の量・・・ 1合未満・1～2合未満・2～3合未満・3合以上 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> * 清酒1合の目安: ビール中瓶1本(500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml) </div>	

(実施機関へのお願い)
全項目の検査を行ってください。

		健診年月日	令和 年 月 日
身長	. cm	胸部エックス線直接撮影 (令和 年 月 日 撮影) 異常所見なし 異常所見あり  <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin-left: 10px;"></div>	
体重	. kg		
BMI			
腹 囲	. cm		
血 圧	/ mmHg		
視力	右	(.)	
	左	(.)	
聴力	右	1000Hz	所見なし・所見あり
		4000Hz	所見なし・所見あり
	左	1000Hz	所見なし・所見あり
		4000Hz	所見なし・所見あり
* 所見ありの場合、写真を添付してください。			

血液検査	貧血検査	血色素量	g/dℓ	血中脂質検査	LDLコレステロール	mg/dℓ
		ヘマトクリット値	%		HDLコレステロール	mg/dℓ
		赤血球数	万/mm ³		中性脂肪	mg/dℓ
	肝機能検査	GOT	IU/ℓ	腎機能代謝系検査	血清クレアチニン	mg/dℓ
		GPT	IU/ℓ		尿酸	mg/dℓ
		γ-GTP	IU/ℓ	血糖検査	血糖	空腹時 随時
					HbA1c	%
*血糖検査は、空腹時または随時のいずれかに○をつけてください。						
尿検査	尿糖	-・±・+・++・+++		尿タンパク	-・±・+・++・+++	
心電図検査	所見なし・所見あり〔 *所見ありの場合、心電図を添付してください。〕					
理学的所見	循環器	所見なし・所見あり〔 〕				
	消化器	所見なし・所見あり〔 〕				
	脳・神経精神	所見なし・所見あり〔 〕				
	運動器奇形	所見なし・所見あり〔 〕				
	その他	所見なし・所見あり〔 〕				
医師の診断・意見	A 異常なし B 要指導（下欄に指導項目を御記入ください。） 〔 〕					
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 医療機関名 所在地 医師名 印						