

# 健康診断書

健康診断実施年月日：西暦 年 月 日

フリガナ				血液検査			
氏名				赤血球数			万/ $\mu$ L
生年月日				血色素量			g/dL
西暦 年 月 日				ヘマトクリット			%
身長 (cm)				白血球数			/ $\mu$ L
cm				血小板			万/ $\mu$ L
体重 (kg)				総ビリルビン			mg/dL
kg				AST (GOT)			IU/L
腹囲 (cm)				ALT (GPT)			IU/L
cm				$\gamma$ -GTP			IU/L
聴力	右	1000Hz,30db	所見あり・所見なし	ALP <sup>※1</sup> (JSCC 法)			IU/L
		4000Hz,25db	所見あり・所見なし	(IFCC 法)			IU/L
	左	1000Hz,30db	所見あり・所見なし	総コレステロール			mg/dL
		4000Hz,25db	所見あり・所見なし	TG (中性脂肪)			mg/dL
血圧 (mmHg)				LDLコレステロール			mg/dL
/ mmHg				HDLコレステロール			mg/dL
脈拍 (回/分)				血糖			mg/dL
回/分				クレアチニン			mg/dL
尿検査	蛋白	( )		尿酸			mg/dL
	潜血	( )		CRP 定量			mg/dL
	尿糖	( )		LDH <sup>※2</sup> (JSCC 法)			IU/L
【診察時所見】				(IFCC 法)			IU/L
健康診断の結果より体育授業への参加可否についてご判断ください				※1、2 ALPおよびLDHについては検査方法をご確認いただきいずれかにご記入ください			
【体育の授業への参加可否】				胸部X線撮影			
<input type="checkbox"/> 参加可				撮影日 西暦 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 参加不可				直接・間接			
【参加不可の理由】				<所見>			
【健康診断書を発行した医師名(署名もしくは記名押印)】				心電図検査			
【実施医療機関名および住所、連絡先】				<所見>			