

健康診断書

住所	〒										
氏名	テスト		生年月日	平成 13年 05月 15日 生		性別	男				
健診年月日	令和08年01月21日(水)			血圧 (mmHg)							
業務歴				貧血検査	血色素量(g/dl)						
					赤血球数(万/mm ³)						
既往歴				肝機能検査	GOT (IU/l)						
					GPT (IU/l)						
					γ-GTP (IU/l)						
自覚症状				血中脂質検査	LDLコレステロール (mg/dl)						
他覚症状					HDLコレステロール (mg/dl)						
					トリグリセライド (mg/dl)						
身長 (cm)	168.3			血糖検査 (mg/dl)							
				ヘモグロビンA1c (%)							
体重 (kg)	60.0			尿酸 (mg/dl)							
腹囲 (cm)				尿検査	糖	○ - ○ ± ○ + ○ ++ ○ +++					
					蛋白	○ - ○ ± ○ + ○ ++ ○ +++					
視力	右	()			心電図検査						
	左	()									
聴力	右 1000Hz	dB		○ 所見なし ○ 所見あり		医師の診断					
	右 4000Hz	dB		○ 所見なし ○ 所見あり							
	左 1000Hz	dB		○ 所見なし ○ 所見あり							
	左 4000Hz	dB		○ 所見なし ○ 所見あり							
胸部エックス線検査 (フィルム番号) No.	☐ 直接 ☐ 間接 撮影 / 年 月 日 ☐ 1. 異常を認めず ☐ 2. 所見あり			医師の意見							
				その他							

1：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（ ）内に記入ください。

2：「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ください。

3：「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ください。

医療機関名：岩国市立美和病院

所在地：岩国市美和町波前1383番地1

年 月 日 医師氏名：柏 理果

印

人間ドック結果報告書

氏名	テスト	様
生年月日	平成 13年 05月 15日 生	
性別	男	
年齢	24 歳	
住所		
電話番号		

健診年月日（今回）	令和08年01月21日（水）
健診年月日（前回）	年 月 日
健診年月日（前々回）	年 月 日

〒740-1225
 岩国市美和町浜前1383番地1
 岩国市立美和病院
 0827-96-1155

担当医 柏 理果

既往歴	自覚症状	他覚症状
-----	------	------

判定基準 A 異常なし B わずかに異常あり C 経過観察 D 要治療 E 要再検 F 要精査 G 治療中

判定	検査項目	基準値	単位	今回	前回	前々回
身体測定	身長		cm	168.3		
	体重		kg	60.0		
	BMI	18.5~24.9	kg / m ²	21.18		
	標準体重		kg	62.31		
	肥満度		%			
	体脂肪率		%			
	腹囲	M85未満 F90未満	cm			
血圧	1回目		mmHg	/	/	/
	2回目		mmHg	/	/	/
	平均値		mmHg	/	/	/
視力・眼圧	裸眼（右）					
	裸眼（左）					
	矯正（右）					
	矯正（左）					
	眼圧（右）		mmHg			
	眼圧（左）		mmHg			
聴力	1000Hz 右		dB			
	1000Hz 左		dB			
	4000Hz 右		dB			
	4000Hz 左		dB			
血液一般	白血球数	33~86	× 10 ² / μL			
	赤血球数	M435~555 F386~492	× 10 ⁴ / μL			
	血色素量	M13.7~16.8 F11.6~14.8	g / dL			
	ヘマトクリット	M40.7~50.1 F35.1~44.4	%			
	MCV	83.6~98.2	fL			
	MCH	27.5~33.2	pg			
	MCHC	31.7~35.3	%			
	血小板数	15.8~34.8	× 10 ⁴ / μL			

健診年月日 年 月 日 氏名 テスト

判定	検査項目	基準値	単位	今回	前回	前々回
白血球分類	好塩基球	0～2	%			
	好酸球	0～8	%			
	桿状球	1～7	%			
	分葉球	34～70	%			
	リンパ球	18～49	%			
	単球	2～10	%			
肝・胆・膵機能	総蛋白	6.6～8.1	g / dL			
	アルブミン	4.1～5.1	g / dL			
	A/G比	1.32～2.23				
	総ビリルビン	0.4～1.5	mg / dL			
	直接ビリルビン	0～0.4	mg / dL			
	AST	13～30	U / L			
	ALT	M10～42 F7～23	U / L			
	γ-GTP	M13～64 F9～32	U / L			
	ALP	106～322	U / L			
	LDH	124～222	U / L			
	LAP	30～80	U / L			
	コリンエステラーゼ	M240～486 F201～421	U / L			
	血清アミラーゼ	44～132	U / L			
脂質代謝	総コレステロール	142～248	mg / dL			
	中性脂肪	M40～234 F30～117	mg / dL			
	HDLコレステロール	M38～90 F48～103	mg / dL			
	LDLコレステロール	65～163	mg / dL			
糖代謝	空腹時血糖	73～109	mg / dL			
	HbA1c(NGSP)	4.9～6.0	%			
	尿糖定性	(-)				
腎機能	尿蛋白定性	(-)				
	ウロビリノーゲン	(±)				
	尿潜血反応	(-)				
	尿素窒素	8.0～20.0	mg / dL			
	クレアチニン	M0.65～1.07 F0.46～0.79	mg / dL			
	尿酸	M3.7～7.8 F2.6～5.5	mg / dL			
	eGFR					
尿	尿中ビリルビン	(-)				
	尿中アセトン体	(-)				
	尿比重					
	尿PH					
	沈査	(赤血球)				
		(白血球)				
		(扁平上皮)				
		(円柱)				

健診年月日 年 月 日 氏名 テスト

	判定	検査項目	基準値	単位	今回	前回	前々回
感染症関連		CRP	0.0~0.14	mg / dL			
		HBs抗原	(-)				
		HCV抗体	(-)				
		TP抗体	(-)				
		RPR	(-)				
		HBs抗体	(-)				
便潜血		1回目	(-)				
		2回目	(-)				
		PSA					
肺機能		予測肺活量					
		努力性肺活量					
		肺活量比					
		1秒量					
		1秒率					
		判定					
		喀痰検査					
		骨密度					
メタボリックシンドローム判定							
その他							

	判定	検査結果	
触診・聴診		今回	
		前回	
		前々回	
心電図		今回	
		前回	
		前々回	
頭部CT		今回	
		前回	
		前々回	

判定		検査結果											
眼底	今回	右											
		左											
		K.W (基準0)		Sheie-H (基準0)		Sheie-S (基準0)							
		SCOTT (基準0)		Wong-Mitchell		改変Davis							
		前回	右										
			左										
			K.W (基準0)		Sheie-H (基準0)		Sheie-S (基準0)						
			SCOTT (基準0)		Wong-Mitchell		改変Davis						
		前々回	右										
	左												
	K.W (基準0)			Sheie-H (基準0)		Sheie-S (基準0)							
	SCOTT (基準0)			Wong-Mitchell		改変Davis							
胸部レントゲン	今回	心・胸郭比 = % 肺野:											
	前回	心・胸郭比 = % 肺野:											
	前々回	心・胸郭比 = % 肺野:											
	今回	食道											
		○ 透視	胃										
		○ 内視鏡	十二指腸										
前回	食道												
	○ 透視	胃											
	○ 内視鏡	十二指腸											
前々回	食道												
	○ 透視	胃											
	○ 内視鏡	十二指腸											
腹部超音波	今回	肝臓:	胆嚢:										
		脾臓:	腎・その他:										
	前回	肝臓:	胆嚢:										
		脾臓:	腎・その他:										
	前々回	肝臓:	胆嚢:										
		脾臓:	腎・その他:										
大腸内視鏡	今回												
	前回												
	前々回												

健診年月日 年 月 日 氏名 テスト

食生活の評価		
健康度の評価		
総合所見	区分	☐ A 異常なし ☐ B わずかに異常あり ☐ C 経過観察 ☐ D 要治療 ☐ E 要再検 ☐ F 要精査 ☐ G 治療中
	総合評価 及び 指導事項	医師 河村 紀子 印

電離放射線健康診断個人票

氏名	テスト	性別	男	生年月日	平成 13年 05月 15日 生	雇入年月日	date_t	
放射線業務の経歴 (他の事業におけるものを含む。)	期間	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで	①前回の健康診断 までの実効線量mSv (mSv)		
	業務名							
②被ばく歴の有無								
③判定と処置								
健康診断年月日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
現在の業務名								
前回の健康診断後に受けた線量	実効線量	外部被ばくによるもの (事故等によるものを除く。)(mSv)						
		内部被ばくによるもの (事故等によるものを除く。)(mSv)						
		④事故等によるもの(mSv)						
		計(mSv)						
	等価線量	眼の水晶体	事故等によるものを除くもの(mSv)					⑤
			⑥事故等によるもの(mSv)					
			計(mSv)					
		皮膚	事故等によるものを除くもの(mSv)					⑤
			⑥事故等によるもの(mSv)					
			計(mSv)					
血液	白血球百分率	白血球数(個/mm ³)						
		リンパ球(%)						
		単球(%)						
		異型リンパ球(%)						
		好中球	桿状核(%)					
		分葉核(%)						
		好酸球(%)						
		好塩基球(%)						
		赤血球数(万個/mm ³)						
		血色素量(g/dl)						
	ヘマトクリット値(%)							
	その他							
	眼	水晶体の混濁(有無)	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	
	皮膚	発赤(有無)	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	
乾燥又は縦じわ(有無)		☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無		
潰瘍(有無)		☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無		
爪の異常(有無)		☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無		
その他の検査			▼		▼		▼	
全身の所見			▼		▼		▼	
自覚的訴え								
参考事項								
⑦医師の診断								
健康診断を実施した医師の氏名 印								
⑧医師の意見								
意見を述べた医師の氏名 印								

(備考)

- ①の欄は、平成13年4月1日以後の実効線量の合計を記入すること。また、同欄の()内には平成13年3月31日以前の集積線量を記入すること。
- ②の欄は、被ばく歴を有する者については、作業の場所、内容及び期間、放射線障害の有無その他放射線による被ばくに関する事項を記入すること。
- ③の欄は、本票記載の健康診断又は検査までの期間に採られた放射線に関する医学的処置及び就業上の措置について記入すること。
- ④の欄は、(1)事故、(2)緊急作業への従事、(3)放射線物質の摂取、(4)傷創部の汚染及び(5)別表に掲げる限度の10分の1以下にすることが困難な身体汚染によって受けた実効線量又は推定量(受けた実効線量を推定することも困難な場合には、被ばくの原因)を記入すること。
- ⑤の欄は、東日本大震災により生じた放射性物質により汚染された土壌等を除染するための業務等に係る電離放射線障害防止規則の規定による健康診断の結果を記入する場合には、除染等電離放射線健康診断個人票の「外部被ばくによるもの(事故等によるものを除く。)」の欄に記入されている実効線量を記入すること。
- ⑥の欄は、(1)事故、(2)緊急作業への従事及び(5)別表に掲げる限度の10分の1以下にすることが困難な身体汚染によって受けた等価線量又は推定量(受けた等価線量を推定することも困難な場合には、被ばくの原因)を記入すること。
- ⑦の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の判断を記入すること。
- ⑧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。

鉛健康診断個人票

氏名	テスト	生年月日	平成 13年 05月 15日 生		雇入年月日	年 月 日
		性別	男			
鉛業務の経歴						
健診年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年齢	歳	歳	歳	歳	歳	歳
1.雇入れ 2.配置替え 3.定期の別						
鉛業務名						
作業条件の簡易な調査の結果						
鉛による既往歴						
自覚症状						
他覚症状						
血液中の鉛の量($\mu\text{g}/100\text{ml}$)						
尿中のデルタアミノレブリン酸の量(mg/l)						
医師が必要と認める者に行う検査						
作業条件の調査の結果						
貧血検査	血色素量(g/dl)					
	赤血球数($\text{万}/\text{mm}^3$)					
赤血球中のプロトポルフィリンの量()						
神経内科学的検査						
その他の検査						
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						
意見を述べた医師の氏名 印						
備考						

(備考)

- 「1. 雇入れ 2. 配置替え 3. 定期の別」の欄は、該当番号を記入すること。
- 「鉛業務名」の欄は、労働安全衛生法施行令別表第4の鉛業務の種類を号数で記入すること。
- 「自覚症状」及び「他覚症状」の欄は、次の番号を記入すること。
1. 食欲不振、便秘、腹部不快感、腹部の痙攣等の消化器症状 2. 四肢の伸筋麻痺又は知覚異常等の末梢神経症状
3. 関節痛 4. 筋肉痛 5. 蒼白 6. 易疲労感 7. 倦怠感 8. 睡眠障害 9. 焦燥感 10. その他
- 血液中の鉛の量及び尿中のデルタアミノレブリン酸の量の検査について、鉛中毒予防規則第53条第2項の規定により、医師が必要でないと認めて省略した場合には、「血液中の鉛の量」及び「尿中のデルタアミノレブリン酸の量」の欄に「※」を記入すること。この場合、必要により備考欄にその理由等を記入すること。
- 「赤血球中のプロトポルフィリンの量」の欄の()内には「 $\mu\text{g}/100\text{ml}$ 全血」、「 $\mu\text{g}/100\text{ml}$ 赤血球」等の単位を記入すること。
- 「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。
- 「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。

有機溶剤等健康診断個人票

氏名	テスト	生年月日	平成 13年 05月 15日 生		雇入年月日	年 月 日		
		性別	男					
有機溶剤業務の経歴								
健診年月日			年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
年齢			歳	歳	歳	歳	歳	
1.雇入れ 2.配置替え 3.定期の別								
健診対象有機溶剤の名称								
有機溶剤業務名								
作業条件の簡易な調査の結果								
有機溶剤による既往歴								
自覚症状								
他覚症状								
代謝物の検査	()							
	()							
	()							
	()							
	()							
	()							
貧血検査	血色素量 (g/dl)							
	赤血球数 (万/mm ³)							
肝機能検査	GOT (IU/l)							
	GPT (IU/l)							
	γ-GTP (IU/l)							
眼底検査								
医師が必要と認める者に行う検査								
作業条件の調査の結果								
貧血検査								
肝機能検査								
腎機能検査								
神経学的検査								
その他の検査								
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								
意見を述べた医師の氏名 印								
備考								

様式第3号（第30条関係）（裏面）

備考

- 1 「1. 雇入れ 2. 配置替え 3. 定期的別」の欄は、該当番号を記入すること。
- 2 「健診対象有機溶剤の名称」の欄は、労働安全衛生法施行令別表第6の2の号数を記入すること。
- 3 「有機溶剤業務名」の欄は、有機溶剤中毒予防規則第1条第1項第6号に掲げる業務の番号を記入すること。
- 4 「自覚症状」及び「他覚症状」の欄は、次の番号を記入すること。
 1. 頭重 2. 頭痛 3. めまい 4. 悪心 5. 嘔吐 6. 食欲不振 7. 腹痛 8. 体重減少
 9. 心悸亢進 10. 不眠 11. 不安感 12. 憔悴感 13. 集中力の低下 14. 振戦
 15. 上気道又は眼の刺激症状 16. 皮膚又は粘膜の異常 17. 四肢末端部の疼痛 18. 知覚異常
 19. 握力減退 20. 膝蓋腱・アキレス腱反射異常 21. 視力低下 22. その他
- 5 「代謝物の検査」の左欄は、有機溶剤中毒予防規則第29条第3項の検査を行ったときに、別表から対象有機溶剤の番号及び名称を記入するとともに、（ ）内には検査内容の番号を記入すること。また、単位についても、別表によること。
- 6 代謝物の検査について、有機溶剤中毒予防規則第29条第4項の規定により、医師が必要でないと認めて省略した場合には、「代謝物の検査」の欄に「*」を記入すること。この場合、必要により備考欄にその理由等を記入すること。
- 7 「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。
- 8 「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。

別表

有機溶剤の名称	検査内容	単位
11. キシレン	1. 尿中のメチル馬尿酸	g / l
30. N, N-ジメチルホルムアミド	1. 尿中のN-メチルホルムアミド	mg / l
31. スチレン	1. 尿中のマンデル酸	g / l
33. テトラクロルエチレン	1. 尿中のトリクロル酢酸	mg / l
	2. 尿中の総三塩化物	mg / l
35. 1, 1, 1-トリクロルエタン	1. 尿中のトリクロル酢酸	mg / l
	2. 尿中の総三塩化物	mg / l
36. トリクロルエチレン	1. 尿中のトリクロル酢酸	mg / l
	2. 尿中の総三塩化物	mg / l
37. トルエン	1. 尿中の馬尿酸	g / l
39. ノルマルヘキサン	1. 尿中の2, 5-ヘキサンジオン	mg / l

健康診断個人票(雇入時)

氏名	テスト	生年月日	平成 13年 05月 15日 生	健診年月日	令和08年01月21日(水)	
		性別	男	年齢	24 歳	
業務歴		血圧 (mmHg)				
		貧血検査	血色素量(g /dl)			
			赤血球数(万/mm ³)			
		既往歴		肝機能検査	GOT (IU/l)	
GPT (IU/l)						
γ-GTP (IU/l)						
自覚症状		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)			
他覚症状			血糖検査	トリグリセライド (mg/dl)		
		空腹時血糖 (mg/dl)				
		ヘモグロビンA1c (%)				
身長 (cm)	168.3	尿検査	糖			
体重 (kg)	60.0		蛋白			
BMI	21.18	心電図検査				
腹囲 (cm)						
視力	右	()	その他の法定検査			
	左	()				
聴力	右 1000Hz	dB ○ 所見なし ○ 所見あり	その他の検査			
	4000Hz	dB ○ 所見なし ○ 所見あり	医師の診断			
	左 1000Hz	dB ○ 所見なし ○ 所見あり	健康診断を実施した医師の氏名 印			
	4000Hz	dB ○ 所見なし ○ 所見あり	医師の意見			
胸部エックス線検査	○ 直接 ○ 間接 撮影 年 月 日		意見を述べた医師の氏名 印			
所見			歯科医師による健康診断			
フィルム番号	No.		歯科医師による健康診断を実施した歯科医師の氏名 印			
備考			歯科医師の意見			
			意見を述べた歯科医師の氏名 印			

(備考)

1 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ときに用いること。

2 BMIは、次により算出すること。

BMI = $\frac{\text{体重(kg)}}{\text{身長(m)}^2}$

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。

7 「歯科医師による健康診断」の欄は、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。

8 「歯科医師の意見」の欄は、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歯科医師の意見を記入すること。

健康診断結果通知票

氏名	テスト	生年月日	平成 13年 05月 15日 生	健診年月日	令和08年01月21日(水)
		性別	男	年齢	24 歳

項目	検査結果	指導区分
業務歴		
既往歴		
自覚症状		
他覚症状		
服薬歴	血圧	☐ 服薬あり 薬剤名 ☐ 服薬なし 服薬理由
	血糖	☐ 服薬あり 薬剤名 ☐ 服薬なし 服薬理由
	脂質	☐ 服薬あり 薬剤名 ☐ 服薬なし 服薬理由
	喫煙歴	☐ 喫煙歴あり ☐ 喫煙歴なし
	身長 (cm)	168.3
	体重 (kg)	60.0
	標準体重 (kg)	62.31
	BMI	21.18
	腹囲 (cm)	
視力	右	()
	左	()
聴力	右 1000Hz	dB ☐ 所見なし ☐ 所見あり
	4000Hz	dB ☐ 所見なし ☐ 所見あり
	左 1000Hz	dB ☐ 所見なし ☐ 所見あり
	4000Hz	dB ☐ 所見なし ☐ 所見あり
胸部エックス線検査	☐ 直接 ☐ 間接 撮影 年 月 日	
フィルム番号	No.	
胃部エックス線検査	☐ 直接 ☐ 間接 撮影 年 月 日	
フィルム番号	No.	

指導区分

- A: 異常は認められません
B: わずかに異常はありますが、日常生活にさしつかえありません
C: 異常があり、経過観察を必要とします
D: 治療を必要とします
E: 再検査を必要とします
F: 精密検査を必要とします
G: 治療中

項目	検査結果	指導区分
血圧 (mmHg)		
採血時間(食後) ☐ 食後108時間未満 ☐ 食後10時間以上		
血液一般検査	白血球数 ($\times 10^2/\mu\text{l}$)	
	赤血球数 ($\times 10^4/\mu\text{l}$)	
	ヘモグロビン (g/dl)	
	ヘマトクリット (%)	
	血小板数 ($\times 10^4/\mu\text{l}$)	
	MCH (pg)	
	MCV (fl)	
	MCHC (%)	
肝機能検査	AST(GOT) (IU/l)	
	ALT(GPT) (IU/l)	
	γ -GTP (IU/l)	
	ALP (IU/l)	
血中脂質検査	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	空腹時血糖 (mg/dl)	
	ヘモグロビンA1c (%)	
腎機能検査	クレアチニン (mg/dl)	
尿酸検査	尿酸 (mg/dl)	
尿検査	糖	
	蛋白	
	潜血	
心電図検査		
免疫便潜血検査	1日目(☐ - ☐ +)	
	2日目(☐ - ☐ +)	
眼底検査		
その他の検査		
医師の診断(判定)		

(注)眼底検査は、医師の判断により実施される場合があります。

名称 岩国市立美和病院
所在地 岩国市美和町浜前1383番地1
電話 0827-96-1155

医師名 柏 理果 印

健康診断結果報告書

実施日

令和08年01月21日(水)

I D 0000018888

氏名	氏名 テスト		
生年月日	平成 13年 05月 15日 生	性別	男
住 所	〒		

会社名

住所

TEL

FAX

採血条件

☐ 1. 食後10時間未満
 ☐ 2. 食後10時間以上

問 診	喫煙／飲酒歴	喫煙： ☐ あり ☐ なし / 飲酒： ☐ 飲まない ☐ 時々 ☐ 毎日			
	業務歴				
	既往歴				
	自覚症状				
	他覚症状				
	服薬歴	血圧	☐ 1. 服薬あり ☐ 2. 服薬なし	薬剤名	
		血糖	☐ 1. 服薬あり ☐ 2. 服薬なし	薬剤名	
脂質		☐ 1. 服薬あり ☐ 2. 服薬なし	薬剤名		

検査項目			検査結果		前回値		基準値
計 測	身 長	cm	168.3				
	体 重	kg	60.0				
	BMI	kg/m ²	21.18				18.5～24.9
	腹 囲	cm					M 85未満 F 90未満
血 圧	最高血圧	mmHg					140未満
	最低血圧	mmHg					90未満
	心拍数						
視 力	右		裸眼	矯正	裸眼	矯正	
	左		裸眼	矯正	裸眼	矯正	
聴 力	1000Hz	右	dB ☐ 所見あり ☐ 所見なし		dB ☐ 所見あり ☐ 所見なし		
		左	dB ☐ 所見あり ☐ 所見なし		dB ☐ 所見あり ☐ 所見なし		
	4000Hz	右	dB ☐ 所見あり ☐ 所見なし		dB ☐ 所見あり ☐ 所見なし		
		左	dB ☐ 所見あり ☐ 所見なし		dB ☐ 所見あり ☐ 所見なし		
便潜血	1回目						(-)
	2回目						(-)
血 糖	血 糖	mg/dL					(空腹時) 73 - 109
	HbA1c(NGSP)	%					4.9 - 6.0
肝 機 能	血清アルブミン	g/dL					4.1 - 5.1
	AST	U/L					13 - 30
	ALT	U/L					M 10 - 42 F 7 - 23
	γ-GTP	U/L					M 13 - 64 F 9 - 32
腎 機 能	血清クレアチン	mg/dL					M 0.65 - 1.07 F 0.46 - 0.79
	eGFR						
	尿酸	mg/dL					M 3.7 - 7.8 F 2.6 - 5.5
	尿素窒素	mg/dL					8.0 - 20.0

ID : 0000018888

氏名：テスト

検査項目		検査結果	前回値	基準値
貧血関連	白血球数 $\times 10^2 / \mu\text{L}$			33 - 86
	赤血球数 $\times 10^4 / \mu\text{L}$			M 435 - 555 F 386 - 492
	血色素数 g/dL			M 13.7 - 16.8 F 11.6 - 14.8
	ヘマトクリット値 %			M 40.7 - 50.1 F 35.1 - 44.4
	血小板数 $\times 10^4 / \mu\text{L}$			15.8 - 34.8
脂質	総コレステロール mg/dL			142 - 248
	中性脂肪 mg/dL			M 40 - 234 F 30 - 117
	HDLコレステロール mg/dL			M 38 - 90 F 48 - 103
	LDLコレステロール mg/dL			65 - 163
尿検査	糖			(-)
	蛋白			(-)
	ウビリノーゲン			(±)
	潜血			(-)
その他				
感染症	HBs抗原			
	HBs抗体			
	HCV抗体			
胸部X線				
心電図		その他		
診断結果	医師の診断			
	医師の意見			

〒740-1225

TEL 0827-96-1155

岩国市美和町波前1383番地1

岩国市立美和病院

上記の通り診断します。

年 月 日

担当医師： 柏 理果

印

健康診断結果報告書

実施日

令和08年01月21日(水)

I D 0000018888

(陽の出園)

氏名	テスト		
生年月日	平成 13年 05月 15日 生	性別	男
住 所	〒		

会社名

住所

TEL

FAX

採血条件

☐ 1. 食後10時間未満
 ☐ 2. 食後10時間以上

問 診	喫煙／飲酒歴	喫煙： ☐ あり ☐ なし / 飲酒： ☐ 飲まない ☐ 時々 ☐ 毎日		
	業務歴			
	既往歴			
	自覚症状			
	他覚症状			
	服薬歴	血圧 ☐ 1. 服薬あり ☐ 2. 服薬なし 薬剤名 血糖 ☐ 1. 服薬あり ☐ 2. 服薬なし 薬剤名 脂質 ☐ 1. 服薬あり ☐ 2. 服薬なし 薬剤名		

検査項目			検査結果		前回値		基準値
計 測	身長	cm	168.3				
	体重	kg	60.0				
	BMI	kg/m ²	21.18				18.5～24.9
	腹囲	cm					M 85未満 F 90未満
血 圧	最高血圧	mmHg					140未満
	最低血圧	mmHg					90未満
	心拍数						
視 力	右		裸眼	矯正	裸眼	矯正	
	左		裸眼	矯正	裸眼	矯正	
聴 力	1000Hz	右	dB ☐ 所見あり ☐ 所見なし		dB ☐ 所見あり ☐ 所見なし		
		左	dB ☐ 所見あり ☐ 所見なし		dB ☐ 所見あり ☐ 所見なし		
	4000Hz	右	dB ☐ 所見あり ☐ 所見なし		dB ☐ 所見あり ☐ 所見なし		
		左	dB ☐ 所見あり ☐ 所見なし		dB ☐ 所見あり ☐ 所見なし		
便潜血	1回目						(-)
	2回目						(-)
血 糖	血糖	mg/dL					(空腹時) 73 - 109
	HbA1c(NGSP)	%					4.9 - 6.0
肝 機 能	血清アルブミン	g/dL					4.1 - 5.1
	AST	U/L					13 - 30
	ALT	U/L					M 10 - 42 F 7 - 23
	γ-GTP	U/L					M 13 - 64 F 9 - 32
腎 機 能	血清クレアチン	mg/dL					M 0.65 - 1.07 F 0.46 - 0.79
	eGFR						
	尿酸	mg/dL					M 3.7 - 7.8 F 2.6 - 5.5
	尿素窒素	mg/dL					8.0 - 20.0

ID : 0000018888

氏名 : テスト

検査項目		検査結果	前回値	基準値
貧血関連	白血球数 $\times 10^2 / \mu\text{L}$			33 - 86
	赤血球数 $\times 10^4 / \mu\text{L}$			M 435 - 555 F 386 - 492
	血色素数 g/dL			M 13.7 - 16.8 F 11.6 - 14.8
	ヘマトクリット値 %			M 40.7 - 50.1 F 35.1 - 44.4
	血小板数 $\times 10^4 / \mu\text{L}$			15.8 - 34.8
脂質	総コレステロール mg/dL			142 - 248
	中性脂肪 mg/dL			M 40 - 234 F 30 - 117
	HDLコレステロール mg/dL			M 38 - 90 F 48 - 103
	LDLコレステロール mg/dL			65 - 163
尿検査	糖			(-)
	蛋白			(-)
	ウレリノーゲン			(±)
	潜血			(-)
その他	ALP			38 - 113
	総タンパク			6.6 - 8.1
	CK			M 59 - 248 F 41 - 153
感染症	HBs抗原			
	HBs抗体			
	HCV抗体			
胸部X線				
心電図		その他		
診断結果	医師の診断			
	医師の意見			

〒740-1225

TEL 0827-96-1155

岩国市美和町浜前1383番地1

岩国市立美和病院

上記の通り診断します。

年 月 日

担当医師： 宗像 緩宜

印