

健 康 診 斷 書

ふりがな 氏名		様		平成・令和 (男・女) 年月日生歳			
住所							
身長 cm		視力	右 左	{ }			
体重 kg		聽力	右				
腹囲 cm			左				
主な既往症							
貧血検査		血色素量 g/dl	血中脂質 検査	LDL-C	mg/dl		
		赤血球数 万/mm ³		HDL-C	mg/dl		
肝機能 検査		GOT IU/l		中性脂肪	mg/dl		
		GPT IU/l	血糖検査		mg/dl		
		γ-GTP IU/l	心電図検査				
感覚器 呼吸器 循環器 消化器 神経系 その他の	の所見						
胸部 X線 写真	撮影年月日 フィルム番号 第 直接 間接	年 月 日 号	血圧	収縮	拡張		
			尿検査	蛋白			
				糖			
			其の他の検査				
上記の通り診断します							
年 月 日							
所在地 _____							
機関名 _____							
担当 医師氏名 _____ ㊞							