


健康診断書

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	聴 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	
	GPT	IU/l	血糖検査		mg/dl
	γ-GTP	IU/l	心電図検査		
<div> <div> 感 覚 器 呼 吸 器 循 環 器 消 化 器 神 経 系 そ の 他 </div> <div>の 所 見</div> </div>					
胸 部 X 線 写 真	撮影年月日 年 月 日号 フィルム番号 第		血 圧		収縮 拡張
	直 接 間 接		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 _____					