


健康診断書

ふりがな		様	昭和・平成	(男・女)	
氏名			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	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	の所見				
胸部X線写真	撮影年月日	年	月	日	血圧
	フィルム番号	第	号		収縮
	直接				拡張
	間接				尿検査
				糖	
	その他の検査				
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 _____ ㊞					