

健康診断書

所 属							
氏 名				男・女	生年月日	年 月 日	
住 所							
身 長	c m		体 重	k g		胸 囲	c m
視 力	右		矯 正 視 力	右		腹 囲	c m
	左			左			
聴 力	正常 ・ 難聴 (右・左)			胸部エックス線検査		撮影 年 月 日	
血 液 型	型 ・ RH						
貧 血 検 査	血 色 素						
	赤 血 球						
血 中 脂 質 検 査	LDLコレステロール						
	血清トリグリセリド*						
尿 検 査	糖			主 な 既 往 症			
	蛋 白						
血 圧 測 定	～ mmHg						
肝 機 能 検 査	GOT			総 合 所 見			
	GPT						
	γ-GTP						
感 染 症 免 疫 血 清 学 的 検 査	HBS	抗原 +、-	抗体 +、-				

上記のとおり診断する。	年 月 日
病院所在地	
病 院 名	
医 師 氏 名	印