

# 健康診断書

氏名				男・女	生年月日	昭・平	年	月	日
住所									
身長	cm			体重			kg		
視力	右		矯正 視力	右		色覚	正常・色弱		
	左			左					
聴力	正常・難聴(右・左)			胸部エックス線検査			撮影 年 月 日		
貧血検査	血色素						g/dℓ		
	赤血球						万個/mm <sup>3</sup>		
	白血球						個/mm <sup>3</sup>		
血中脂 質検査	総コレステロール			mg/dℓ					
	中性脂肪			mg/dℓ					
尿検査	糖	( )		主な既往症					
	蛋白	( )							
	ウロビリノーゲン	( )							
血圧測定	～								
肝機能検査	GOT			IU/ℓ		総合所見			
	GPT			IU/ℓ					
	γ-GPT			IU/ℓ					

上記のとおり診断する。		平成 年 月 日
病院所在地		
病院名		
医師氏名		(印)