

# 健康診断書

氏名	様	昭和・平成 (男・女) 年 月 日生 歳
----	---	-------------------------

住所			
----	--	--	--

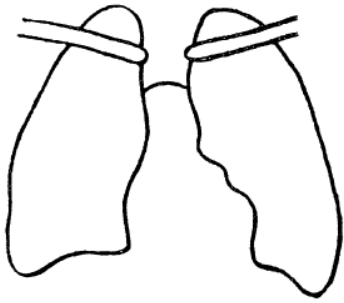
身長	cm	視力	右 ( ) 左 ( )
----	----	----	----------------

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 <sup>3</sup>		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 日号 フィルム番号 第 号	血 圧	収縮	拡張
	直接 間接  	尿検査	蛋白	
			糖	
	その他の検査			

上記の通り診断します 令和 年 月 日  所在地 _____ 機関名 _____ 担当 医師氏名 _____	
---	--