

健康診断書

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

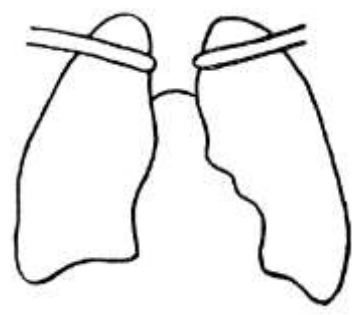
住所 _____

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 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		

感覚器の所見
 呼吸器系
 循環器系
 消化器系
 神経系
 その他

胸部X線写真	撮影年月日	年	月	日	血圧	収縮	拡張
	フィルム番号	第		号	尿検査	蛋白	
	直接					糖	
	間接						

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 _____ ㊞