

健康診断書

氏名				生年月日	H	年	月	日	
住所									
身長	cm		体重	kg		腹囲	cm		
視力	右		矯正視力	右					
	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				心電図				
	赤血球								
血中脂質検査	血糖	随時血糖			HDL コレステロール				
	血清 トリグリセリド*				LDL コレステロール				
尿検査	糖	()			肝機能 検査	GOT			
	蛋白	()				GPT			
血圧測定	～ mmHg					γ-GTP			
主な既往歴									
総合所見	※就業可否について、記載して下さい。								

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