

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 トリグリセライド			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