

健康診断書

氏 名					生年月日	S・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 令和 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。			
令和 年 月 日			
病院所在地			
病院名			
医師氏名			印