

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		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