

健康診断書

氏名		生年月日	平成 年 月 日
----	--	------	----------

身長		c m			直接・間接 撮影 年 月 日	
体重		k g		胸部 X 線	異常なし 異常あり ()	
血圧		/ mmHg		心電図	異常なし 異常あり ()	
視力	右	()	貧血	赤血球数	万/ μ l	
	左	()	肝機能	血色素量	g/dl	
聴力	右	1000Hz	所見なし・あり () dB	血中脂質	ヘマクリット	%
	右	4000Hz	所見なし・あり () dB		A S T	IU/L
	左	1000Hz	所見なし・あり () dB		A L T	IU/L
	左	4000Hz	所見なし・あり () dB		γ - G T P	IU/L
現症			血糖		mg/dl	
既往症			尿検査	蛋白 () 糖 () ウロビリノーゲン ()		
総合判定						

上記のとおり証明（診断）する。

令和 年 月 日

住 所

医療機関等の名称

医師名