

健康診断書

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

身長			c m	胸部 X 線	直接 ・ 間接	
体重			k g		撮影 年 月 日	
血圧			/ mmHg	心電図	異常なし	異常あり ()
視力	右	()		貧血	赤血球数	万/μl
	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