

# 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	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 <sup>※</sup>		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