

健康診断書

所 属										
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			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。

年 月 日

病院所在地

病院名

医師氏名

印