

健康診断書

氏名				生年月日	年 月 日	男 ・ 女	
住所	〒						
身長	. cm			血液一般	白血球数		
体重	. kg				赤血球数		
視力	右	. (.)			ヘモグロビン		
	左	. (.)			ヘマトクリット		
聴力	右	1000Hz・30dB	所見あり・なし	肝機能検査	総蛋白		
		4000Hz・25dB	所見あり・なし		AST		
	左	1000Hz・30dB	所見あり・なし		ALT		
		4000Hz・25dB	所見あり・なし		γ-GTP		
血圧				脂質検査	LDL-コレステロール		
					中性脂肪		
					HDL-コレステロール		
胸部X線	直接 ・ 間接 撮影年月日 年 月 日			腎機能検査	尿酸		
	フィルム番号 No.				クレアチニン		
					尿検査	糖	－ ± + 2+
				蛋白		－ ± + 2+	
心電図						ウロビリノーゲン	－ ± + 2+
						潜血	－ ± + 2+
総合所見							

上記のとおり診断いたします。

平成 年 月 日

住所

医療機関名称

TEL

医師氏名

_____ 印