

健康診断書

氏名				生年月日	年 月 日	男 ・ 女
住所	〒					
身長				血液一般	白血球数	
体重					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	AST	
		4000Hz・25dB	所見あり・なし		ALT	
	左	1000Hz・30dB	所見あり・なし		γ-GTP	
		4000Hz・25dB	所見あり・なし			
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
				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