

健康診断書

氏名		生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日	
		性別	男 ・ 女	年 齢	満 歳	
住 所						
既往歴				血 圧 (mmHg)		
				貧血検査	血色素量 (g/dl)	
自覚症状					赤血球数 (万/dl)	
				肝機能検査	G O T (IU/l)	
G P T (IU/l)						
γ - G T P (IU/l)						
他覚症状				血中脂質検査	総コレステロール (mg/dl)	
					HDLコレステロール (mg/dl)	
身長 (cm)					トリグリセライド (mg/dl)	
体重 (kg)				血 糖 検 査 (mg/dl)		
視力	右 (矯正視力)	()		尿検査	糖	- + - -
	左 (矯正視力)	()			蛋白質	- + - -
色覚				心電図検査		
聴力	右 1000Hz	1 所見なし	2 所見あり			
	4000Hz	1 所見なし	2 所見あり			
力	左 1000Hz	1 所見なし	2 所見あり	医師の所見		
	4000Hz	1 所見なし	2 所見あり			
胸部エックス線検査		直接	間接			
フィルム番号		撮影	年 月 日			
		No.				

令和 年 月 日

病院名 :
住 所 :
担当医師名 :

(印)