

# 健康診断書

氏名				男・女	生年月日	平成	年	月	日	
住所										
身長				cm	体重					kg
視力	右		矯正 視力	右		色覚	正常・色弱			
	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									g/dℓ
	赤血球									万個/mm <sup>3</sup>
	白血球									個/mm <sup>3</sup>
血中脂質検査	総コレステロール									mg/dℓ
	中性脂肪			mg/dℓ						
尿検査	糖	( )		主な既往症						
	蛋白	( )								
	ウビリノーゲン	( )								
血圧測定	～									
肝機能検査	GOT			IU/ℓ	総合所見					
	GPT			IU/ℓ						
	γ-GTP			IU/ℓ						

上記のとおり診断する。			
			令和 年 月 日
病院所在地			
病院名			
医師氏名			Ⓜ