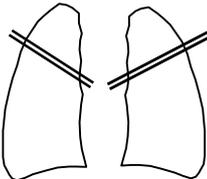


# 健康診断書

受診日 年 月 日

氏名		男・女	生年月日	年 月 日	年齢	歳	
現住所							
既往歴							
自覚症状							
病歴							
身長				cm	体重	kg	
視力	右				貧血検査	赤血球	10 /ml
	左					白血球	10 /ml
色覚						血色素量	g/dl
聴力	右	1000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり			肝機能検査	血球容量
		4000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり		GOT		u/l
	左	1000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり		GPT		u/l
		4000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり		γ-GTP		u/l
血圧		~			血中脂質検査	TCH	mg/dl
尿	糖	- ± + ++ +++				HDL-C	mg/dl
	蛋白	- ± + ++ +++				中性脂肪	mg/dl
	ウロビリ	- ± + ++ +++			血糖検査	mg/dl	
胸部エックス線検査	直接撮影 年 月 日			医師の所見			
							
心電図検査							
総合所見及び修業上の注意事項							

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

医師名

(印)