

健康診断書

氏名				生年月日	S・H	年	月	日	
住所									
身長	c m		体重	k g		腹囲	c m		
視力	右		矯正視力	右					
	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		心電図						
	赤血球								
血中脂質検査	血糖	随時血糖	HDL コレステロール						
	血清 トリグリセライド		LDL コレステロール						
尿検査	糖	()	肝機能検査		GOT				
	蛋白	()			GPT				
血圧測定	～ mmHg						γ-GTP		
主な既往歴									
総合所見	※ 就業可否について、記載してください。								

上記のとおり診断する。	年 月 日
病院所在地	
病院名	
医師氏名	印