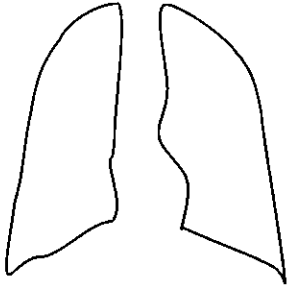


健康診断書

氏名	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日生 ()歳
----	-----	------	----------	---	---	---------

現住所	
-----	--

既往歴	
自覚症状	
他覚症状	
診察所見	
身長	. cm
体重	. kg
血圧	/
視力	右 . (.) 左 . (.)
聴力 (右)	1000Hz 所見: なし・あり ()dB 4000Hz 所見: なし・あり ()dB
聴力 (左)	1000Hz 所見: なし・あり ()dB 4000Hz 所見: なし・あり ()dB
尿	蛋白 - . ± . + . 2+ . 3+
検	糖 - . ± . + . 2+ . 3+
査	ウロビリノーゲン - . ± . + . 2+ . 3+

胸部X線	 所見: (直 ・ 間 ・ 透)
心電図	
肝機能	GOT(AST) IU/L GPT(ALT) IU/L γ-GTP IU/L
血中脂質	総コレステロール mg/dl 中性脂肪 mg/dl HDL-コレステロール mg/dl
代謝	血糖 (空腹時・食後 時間) mg/dl
貧血	赤血球 万/μl 血色素 g/dl ヘマトクリット % 白血球 /μl
その他	

総合判定:

上記の通り診断する。

年 月 日 医療機関名

医師名 印

※上記の内容を満たしていれば、別様式でも可。