

# 健康診断書

氏名				生年月日	年	月	日
住所							
身長	cm	体重	kg	腹囲	cm		
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、記載して下さい。						

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