

健康診断書

氏名			生年月日	年	月	日	男・女	
住所	〒							
身長			cm	血液一般	白血球数			
体重			kg		赤血球数			
視力	右	(.)			ヘモグロビン			
	左	(.)			ヘマトクリット			
聴力	右	1000Hz・30dB	所見あり・なし	肝機能検査	総蛋白			
		4000Hz・25dB	所見あり・なし		AST			
	左	1000Hz・30dB	所見あり・なし		ALT			
		4000Hz・25dB	所見あり・なし		-GTP			
血圧			mmHg	脂質検査	LDL-コレステロール			
胸部X線	直接・間接 撮影年月日 年 月 日		フィルム番号 No.		腎機能検査	中性脂肪		
						HDL-コレステロール		
				尿検査	尿酸			
					クレアチニン			
心電図			糖		- ± + 2+			
			蛋白		- ± + 2+			
			ウロビリノーゲン		- ± + 2+			
			潜血		- ± + 2+			
総合所見								

上記のとおり診断いたします。

平成 年 月 日

住所

医療機関名称

TEL

医師氏名

印
