

健康診断書

氏 名 _____

生年月日 _____

住 所 _____

西暦 年 月 日生 () 歳

身長	c m	体重	k g
血 圧	～ mmHg	腹 囲	c m
視 力 右 左	矯正 () 矯正 ()	聴 力 右 左	1000Hz dB / 4000Hz dB 1000Hz dB / 4000Hz dB
胸部X線 所 見	撮 影 年 月 日		心 電 図 所 見
血液検査	W B C	/ μ l	肝 機 能
	R B C	万 / μ l	G O T
	H b	g/dl	G P T
	H t	%	γ - G T P
血 糖	mg/dl		脂 質
尿 検 査	蛋白 () 糖 ()		
			トリグリセライド
			LDLコレステロール
			HDLコレステロール
既往症			
自覚症状 他覚症状			
総合所見			
西暦 年 月 日			
医療機関名			
医師氏名			
(印)			