

健 康 診 断 書

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
身 長	cm	体 重	Kg
胸 囲	cm		
視 力	右	矯 正 視 力	右
	左		左
色 覚	正常・色弱		
握 力	右 kg	背筋力	kg
	左 kg		
聴 力	正常・難聴(右・左)		撮影 年 月 日
血 液 型	型 RH		胸部エックス線検査
貧血検査	血色素		
	赤血球		
血中脂質検査	血清総コレステロール		HDL コレステロール
	血清トリグリセライド		血 糖
尿 検 査	糖		心 電 図
	蛋白		
血圧測定	～ mmHg		主な既往歴
肝機能検査	GOT		
	GPT		
	γ-GTP		
HBs 抗原・抗体検査	抗原+-	抗体+-	総合所見
HCV 抗体検査	抗体+-		

上記のとおり診断する。 病院所在地 病 院 名 医 師 氏 名	令和 年 月 日 印
--	-----------------------