

健 康 診 断 書

氏 名				生年月日		年 月 日	
住 所							
身 長		cm		体 重		Kg	
視 力		右		矯 正 力		右	
		左		視 力		左	
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+		総 合 所 見			
		抗体+					
HCV 抗体検査		抗体+					

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

※上記検査項目がある他診断書を使用可