

# 健 康 診 断 書

氏 名		生年月日			
住 所					
身 長	cm	体 重	Kg	胸 囲	cm
視 力	右	矯 正 視 力	右	色 覚	正常・色弱
	左		左		
握 力	右	背筋力	kg	肺活量	
	左				
聴 力	正常・難聴(右・左)			胸部エック ス線検査	撮影 年 月 日
血 液 型	型 RH				
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
--	-----------------------