

健康診断書

ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日		健診年月日	年 月 日						
		性別	男 : 女		年齢	歳						
住 所												
既往歴				自覚症状								
身長		体重		BMI		血 圧	～ mmHg					
視 力	右	(.)		聴 力	1000 Hz	所見なし	所見あり					
	左	. (.)	4000 Hz		所見なし	所見あり						
			1000 Hz		所見なし	所見あり						
			4000 Hz		所見なし	所見あり						
胸部X線所見(直接)				心電図所見								
(撮影日 年 月 日)				内科所見								
末梢血	赤血球	10 ⁶ /mm ³		肝機能	AST		脂 質	T.C		尿	蛋白	
	白血球	10 ³ /mm ³			ALT			中性脂肪			糖	
	血色素	g/dl	γ-GTP			HDL-C			潜血			
						LDL-C			ウロビリノーゲン			
				血糖	空腹時							
診 断												
令和 年 月 日 病院名												
医師 印												