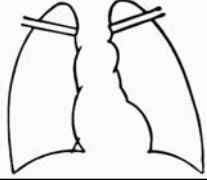


# 健康診断書

検査施行日 平成 年 月 日

フリガナ	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( ) 才	
氏名	性別	男 ・ 女	
住所	電話	( )	

身長		cm	エックス線所見	直接 間接	 年 月 日撮影号 第 ( ) 号 異常 無 ・ 有 ( )
体重		kg			
眼科所見	視力		耳	聴力	
	眼疾				
耳鼻科所見	耳鼻咽喉疾患		血	圧 (mmHg)	~
	一般所見	言語		肝機能検査	貧血検査
呼吸器		赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )			
神経系		GOT (IU/l)			
消化器系		血中脂肪検査	LDLコレステロール (mg/dl)		
循環器系			HDLコレステロール (mg/dl)		
脊柱			トリグリセライド (mg/dl)		
既往歴及び現在の疾病			血糖検査 (mg/dl)		
			尿検査	糖	- + . .
				蛋白質	- + . .
			心電図検査		

総合所見又は概評

上記検査の通り相違ないことを証明する。

平成 年 月 日

所在地

TEL. ( )

医師名

印

医療機関名