

様式第4号（A4判）

健 康 診 断 書

所 属													
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			色 覚	正常 ・ 色弱				
	左				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 ・ R H												
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				H D L コレステロール								
	血清トリグリセライド				血 糖			随時血糖					
尿 検 査	糖		()		心 電 図								
	蛋 白		()		主 な 既 往 歴								
血 圧 測 定		～ mmHg											
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。

年 月 日

病院所在地

病 院 名

医 師 氏 名