

健 康 診 断 書

※ 氏 名		※ 男・女	※ 生年月日	平成 年 月 日
※ 住 所	〒			
身 長	cm	既 往 歴		1. なし 2. あり
体 重	kg BMI			
視 力	右 () 左 ()			
血 圧	～ mmHg	聴 力	右	問 診 1. 正常
検 尿	蛋 白 (- ± +) 糖 (- ± +) ウロビリノーゲン (± + ++)			左
			問 診 1. 正常	
胸部X線 所 見	間接No. _____ 直接No. _____ 1. 異常を認めず 2. 所見あり 3. 著変なし		末梢 血液一 般	白血球
		赤血球		万 / μ l
		血色素		g / μ l
		ヘマトクリット		%
心 電 図 検 査	1. 異常を認めず 2. 正常範囲 3. 所見あり	肝 機 能 検 査	GOT	IU / l
			GPT	IU / l
			γ-GTP	IU / l
診察所見	1. 異常を認めず 2. 所見あり	血 中 脂 質 検 査	総コレステロール	mg / d l
			中性脂肪	mg / d l
			HDL-コレステロール	mg / d l
その他の 検 査			血 糖	mg / d l (食後 時間)
			総合所見	

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

※欄のみ本人が記入すること。