

健康診断書

住所													
氏名	生年月日			年	月	日	健診年月日			年	月	日	
	性別			男・女			年齢			歳			
既往歴							血液検査	赤血球数		万/mm ³			
								白血球数		/mm ³			
自・他覚所見							肝機能検査	血色素量		g/dl			
								ヘマトクリット		%			
身長	cm		腹囲		cm		γ-GTP	AST(GOT)		IU/l			
	kg		BMI					ALT(GPT)		IU/l			
視力	右	()					血中脂質	中性脂肪		mg/dl			
	左	()						HDLコレステロール		mg/dl			
聴力		異常(なし・あり)					LDLコレステロール		mg/dl				
血圧			mmHg			血糖	空腹時血糖		mg/dl				
胸部X線検査(直接)						異常(なし・あり)		尿検査	糖				
									蛋白質				
								心電図所見					
						備考							
(総合判定) 1. 異常なし 2. 経過観察 3. 要精査 4. 要治療													
平成 年 月 日						所在地: _____							
						医療機関名: _____							
						医師 _____ 印							