

## 健康診断書

ふりがな 氏名			生年月日	昭和	年	月	日
	男 女			平成	(	歳)	
住所							
身長	cm		既往歴				
体重	kg						
胸囲	cm						
視力	右	(	胸部X線検査	平成	年	月	日撮影
	左	(		所見			
聴力	右						
	左						
血圧検査	/ mmHg						
尿検査	糖	- ± +	胸部X線検査				
	蛋白	- ± +					
自覚・他覚症状							
	検査結果			判定			
貧血	ヘモグロビン			正常	異常		
肝機能検査	GOT			正常	異常		
	GPT			正常	異常		
	γ-GTP			正常	異常		
	HBs抗原	陰性	陽性				
	HCV抗体	陰性	陽性				
心電図	正常 異常 (						
総合所見							
上記のとおり診断します。							
平成 年 月 日							
医療機関名称							
医療機関住所							
医師氏名							
⑩							