

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	-		±	+		
	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							