

健康診断書

ふりがな			昭和	年	月	日	
氏名	男 女	生年月日	(歳)				
住所							
身長	cm		既往歴				
体重	kg						
胸囲	cm						
視力	右 () 左 ()	胸部 X線 検査	平成 年 月 日撮影 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 ()						
ツェルリン反応	- ± + (年 月 陽転)						
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							
㊞							