

健康診断書

ふりがな			生年月日	昭和	年	月	日
氏名	男 女			(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 所見			
	左	()					
聴力	右	左					
血压検査	/ mmHg						
尿検査	糖	- ± +					
	蛋白	- ± +					
自覚・他覚症状							
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						
ツベルクリン反応	-	±	+	(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							
(印)							