様式第３号（Ａ４判）

健　康　診　断　書

所　属					
氏　名		生年月日	S・H　　年　　月　　日		
住　所					
身　長	cm	体　重	kg	腹　囲	cm
視　力	右 左	矯正視力	右 左		
聴　力	正常　・　難聴（　右・左　）	胸部エックス線検　査	撮影　　年　　月　　日		
貧血検査	血色素		心　電　図		
	赤血球				
血中脂質検　査	血　糖		ＨＤＬコレステロール		
	血　清 ﾄﾘｸﾞﾘｾﾗｲﾄﾞ		ＬＤＬコレステロール		
尿検査	糖	（　　）	肝機能検　査	GOT	
	蛋　白	（　　）		GPT	
血圧測定	～　　mmHg			γ-GTP	
主な既往歴					
総合所見	※就業可否について、記載して下さい。				

上記のとおり診断する。

年　　月　　日

病院所在地

病院名

医師氏名　　印