

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		矯正視力	右						
	左			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 トリグリセライド				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		