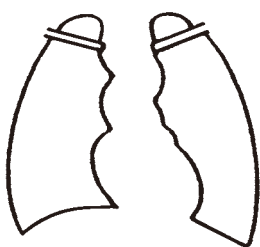


健康診断書

フリガナ 氏名		男・女	生年月日	昭・平	年	月	日	歳
住所								
既往歴 業務歴								
自覚症状			他覚症状					
身長	. cm		血 液 検 査	白血球数	_____ /mm ³		心電図所見	
体重	. kg			赤血球数	_____ 万/mm ³			
血圧	/ mmHg			血色素	_____ g/dl			
視力	右・()眼鏡 左・()コンタクト			ヘマトクリット値	_____ %			
聴力	日常生活支障 無・有()			AST	_____ IU/l		ツ反 陰性・陽性・疑	
X線所見 年月日撮影 間接・直接 異常あり・なし				ALT	_____ IU/l			
				γ-GTP	_____ IU/l			
<div style="text-align: center;">  </div>			クレアチニン	_____ mg/dl		その他の検査		
			LDLコレステロール	_____ mg/dl				
			尿酸	_____ mg/dl		HDLコレステロール	_____ mg/dl	
			血糖	_____ mg/dl		中性脂肪	_____ mg/dl	
内科診察所見			HbA1C	_____ %				
			尿	蛋白()				
			検	糖()				
上記の通り診断致します。			査	潜血()		備考(就業上の注意事項等)		
			平成 年 月 日					所在地
			電話					
			医療機関					
			医師名				印	