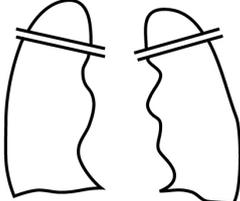


健康診断書

フリガナ		性別	生年月日	
氏名		男 女	昭和 平成	年 月 日生 (才)
住所 (〒 -)				
TEL :				
身長	cm	体重	kg	X 線 所 見
血压	/	mmHg		
耳鼻科	聴力	右： 正常 ・ 異常 左： 正常 ・ 異常	 撮影年月日 年 月 日 異常： 無 ・ 有 (あれば所見記載)	
眼科	視力	右： _____ () 左： _____ () (眼鏡・コンタクトレンズ)		
尿	糖 ()	蛋白 ()	潜血 ()	既往症
血液	血液一般：赤血球数 (万/mm)		診察所見	
	血色素量 (g/dl)			
	肝機能検査：AST(GOT) (IU/l)			
	ALT(GPT) (IU/l)			
γ-GTP (IU/l)		その他		
(空腹時・随時) 血糖 (mg/dl)				
液中脂質検査： 総コレステロール (mg/dl)				
トリグリセライド (mg/dl)				
HDL コレステロール (mg/dl)		平成 年 月 日		
LDL コレステロール (mg/dl)				
心電図	安静時	異常： 無 ・ 有 (あれば所見記載)	住所 (所在地)	医療機関名
			医師	印