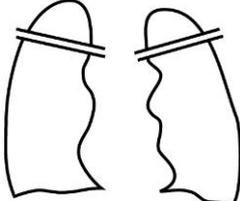


# 健康診断書

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男 女	年 月 日生 ( 才)		
住所 (〒 - )					
TEL :					
身長	cm	体重	kg	X 線 所 見	 撮影年月日 年 月 日 異常： 無 ・ 有 (あれば所見記載)
血压	/	mmHg			
耳鼻科	聴力	右： 正常 ・ 異常 左： 正常 ・ 異常			既 往 症
	視力	右： _____ ( _____ ) 左： _____ ( _____ ) (眼鏡・コンタクトレンズ)			
眼科	色覚	正常 ・ 色弱 ・ 色盲 ( _____ )			診 察 所 見
尿	糖 ( )	蛋白 ( )	潜血 ( )		
血液	血液一般：赤血球数 (万/mm)				そ の 他
	血色素量 (g/dl)				
	肝機能検査：AST(GOT) (IU/l)				
	ALT(GPT) (IU/l)				
	γ-GTP (IU/l)				
(空腹時・随時) 血糖 (mg/dl)				年 月 日	
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)				住所 (所在地)	
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)				医療機関名
					医師 <span style="float: right;">印</span>