

# 健康診断書

氏名	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	生年 月日	昭和 <input type="checkbox"/>	平成 <input type="checkbox"/>	年 月 日生	年齢	歳
現住所 〒 _____								

既往歴		血液検査	赤血球	万/mm
自覚症状			白血球	/mm
他覚症状			血色素量	g/dl
			ヘマトクリット	%
身長	cm	肝機能	AST(GOT)	IU/I
			ALT(GPT)	IU/I
			γ-GTP	IU/I
体重	kg	脂質	中性脂肪	mg/dl
			HDLコレステロール	mg/dl
			LDLコレステロール	mg/dl
視力	右 ( )	HBS抗原		
	左 ( )			
聴力	右 1000Hz 4000Hz	梅毒反応		
	左 1000Hz 4000Hz			
胸部X線	<input type="checkbox"/> 直接 撮影日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 間接  異常 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	抗体価	血糖(空腹時)	
			検尿	蛋白 ( - ± + ++ +++ )
				糖 ( - ± + ++ +++ )
				ムンプス
心電図	所見	総合所見	風疹	
			麻疹	
			水痘	
			<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 要精査 <input type="checkbox"/> 要治療	

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日 所在地  
 医療機関名  
 医師名