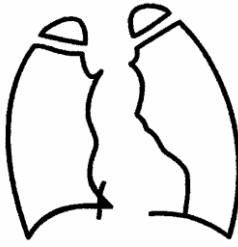


健康診断書

氏名	男 女	生年月日	昭和 平成	年	月	日
住所						
身長	c m	既往歴				
体重	kg					
視力	(右) ()	自覚症状				
	(左) ()					
色覚	正常 ・ 異常 ()	他覚所見				
聴力	(右) 正常 ・ 異常 ()					
	(左) 正常 ・ 異常 ()					
尿検査	蛋白	胸部X線 検査	直接 間接 			
	糖					
血圧	/ mm/Hg	所見				
貧血検査	赤血球 $\times 10^4 / \mu l$					
	血色素 g/dl					
肝機能検査	G O T IU/l	撮影年月日	平成 年 月 日			
	G P T IU/l					
	γ -GTP IU/l	備考				
梅毒反応						
HBs抗原						
心電図						
判定						
上記のとおり診断します。 平成 年 月 日 医療機関等の 所在地及び名称 医師名						

