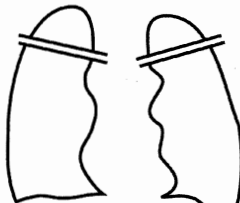


# 健康診断書

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男 女	昭和 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)
血圧	/	mmHg			
耳鼻科	聴力	右： 正常 ・ 異常			既 往 症
		左： 正常 ・ 異常			
眼科	視力	右： _____ ( )			診 察 所 見
		左： _____ ( ) (眼鏡・コンタクトレンズ)			
	色覚	正常 ・ 色弱 ・ 色盲 ( )			
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)				
	血中脂質検査：				
	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)				
	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)				年 月 日
					住所 (所在地)
				医療機関名	
				医師	印