

健康診断書

実施年月日 年 月 日

受診者	住所							
	氏名		生年月日	年	月	日(歳)	性別 男・女	
既往歴								
自覚症状								
他覚症状								
身長		cm	体重	kg	BMI			
視力	右	()		撮影	直接・間接	年	月	日
	左	()						
聴力	右	1000Hz	1 所見なし	2 所見あり	胸部X線検査	X線所見	なし	あり
		4000Hz	1 所見なし	2 所見あり				
	左	1000Hz	1 所見なし	2 所見あり				
		4000Hz	1 所見なし	2 所見あり				
血圧		(mmHg)						
貧血検査	赤血球数 万/uℓ			血色素量 g/dℓ %				
肝機能検査	GOT	(u/ℓ)	GPT	(u/ℓ)	γ-GTP	(u/ℓ)		
脂質検査	LDLコレステロール (mg/dℓ)			HDLコレステロール (mg/dℓ)				
	トリグリセライド (mg/dℓ)			血糖検査		(mg/dℓ)		
尿検査	糖 ()	蛋白 ()	ウロビリノーゲン ()					
心電図検査								
その他の法定検査								
その他の検査								
医師の診断								
医師の意見								
備考								
実施機関名 及び 医師氏名	所在地							
	機関名							
	電話番号							
	医師氏名							