

健 康 診 断 書

所 属											
氏 名					生年月日	S・H	年	月	日		
住 所											
身 長			cm	体 重			kg	腹 囲			cm
視 力	右		矯正視力	右							
	左			左							
聴 力	正常 ・ 難聴 (右・左)			胸部エックス線 検 査		撮影		年	月	日	
貧血検査	血色素				心 電 図						
	赤血球										
血中脂質 検 査	血 糖		随時血糖		HDL コレステロール						
	血 清 トリグリセライド				LDL コレステロール						
尿検査	糖		()		肝機能 検 査		GOT				
	蛋 白		()				GPT				
血圧測定			～ mmHg						γ -GTP		
主な 既往歴											
総合所見	※就業可否について、記載して下さい。										

上記のとおり診断する。

年 月 日

病院所在地

病院名

医師氏名

印