

# 健康診断書

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日			
		性別	男 : 女	年齢	歳			
住所								
既往歴			自覚症状					
身長	cm	体重	kg	BMI	血圧 ~ mmHg			
視力	右 ( )	聴力	1000 Hz	所見なし	所見あり			
	左 ( )		4000 Hz	所見なし	所見あり			
胸部X線所見(直接)			心電図所見					
(撮影日 年 月 日)			内科所見					
末梢血	赤血球	$10^6/\text{mm}^3$	肝機能	AST	脂質	T.C	尿	蛋白
	白血球	$10^3/\text{mm}^3$		ALT		中性脂肪		糖
	血色素	g/dl		$\gamma$ -GTP		HDL-C		潜血
	血球容積	%				LDL-C		ウロビリノーゲン
血糖						空腹時		
診断								
平成 年 月 日			病院名					
医師								
印								