

健康診断書

氏名			検診年月日	年 月 日		
住所						
生年月日	昭和・平成 年 月 日		性別	男・女	血液型 型 RH型 ()	
既往症			問診			
身長	・ cm		血液検査	AST (GOT)	IU/l	
体重	・ kg			ALT (GPT)	IU/l	
視力	右	()		GGT (γ-GTP)	IU/l	
	左	()		HDLコレステロール	mg/dl	
色覚				LDLコレステロール	mg/dl	
血圧	/			中性脂肪	mg/dl	
尿検査	尿糖	- 1+ 2+ 3+ 4+		-	ヘモグロビンA _{1c}	%
	尿蛋白	- ± 1+ 2+ 3+ 4+		-	尿酸	mg/dl
	尿潜血	生 - ± 1+ 2+ 3+		-	白血球数	u/l
聴力	右	1,000HZ		所見なし 所見あり	赤血球数	万/u/l
		4,000HZ	所見なし 所見あり	血色素量	g/dl	
	左	1,000HZ	所見なし 所見あり	ヘマトクリット値	%	
		4,000HZ	所見なし 所見あり	心電図検査結果		
胸部レントゲン撮影結果						
総合所見						

年 月 日

証明者

印