

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		
							R H 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
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