

健康診断書

氏名 _____ (昭和・平成 年 月 日生 歳)

住所 _____

既往歴	
自覚症状 他覚症状 (言語・皮膚・運動機能障害 等を含む)	
体格	身長 cm 体重 kg BMI
胸部レントゲン	
血圧	~ mmHg
心電図検査	
血液検査	血色素検査 () 赤血球数 () 白血球数 ()
肝機能検査	GOT (AST) () GPT (ALT) () γ -GTP ()
血糖 (空腹時)	()
検尿	蛋白 () 糖 ()
聴力	右 () 左 ()
視力	右 () 左 ()
アレルギー等 その他疾患	あり () なし
その他	

上記のとおり診断する。

平成 年 月 日 医療機関名
医師名

印

* 上記の内容を満たしていれば、別様式でも可とします。