

健康診断書

実施年月日 令和 年 月 日

氏名			昭和・平成 年 月 日生	年齢	歳
住所				性別	男・女
既往歴		貧血検査	血色素量	g/dl	
			赤血球数	万/mm ³	
自覚症状		肝機能検査	GOT	IU/l	
			GPT	IU/l	
他覚症状			γ-GTP	IU/l	
		血中脂質検査	総コレステロール	mg/dl	
身長	cm		中性脂肪	mg/dl	
体重	kg	尿検査	糖	- ± + ++ +++	
血圧	~ mmHg		蛋白	- ± + ++ +++	
血液型					
視力	右	()			
	左	()	心電図検査		
色神			精神異常		
聴力	右	所見			
		1000Hz	無	有	身体障害
	4000Hz	無	有		
	左	所見			
1000Hz		無	有		
4000Hz	無	有			
T-SPOT検査			+	-	上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 住所 医療機関 医師 印
胸部X線検査	直接撮影				
異常			無	有	
フィルム番号	No.				