

健康診断書

所 属		南 空 知 消 防 組 合									
氏 名						男 ・ 女		生年月日		年 月 日	
住 所											
身 長		cm		体 重		kg					
視 力	右		両		矯 正	右		両		色 覚	正常 ・ 色弱
	左		眼		視 力	左		眼			
聴 力		正常 ・ 難聴（右 ・ 左）						胸部エックス線 検 査		撮 影 年 月 日	
血 液 型		型 , RH ()									
貧 血 検 査		血 色 素				赤 血 球					
血 中 脂 質 検 査		血 糖		随時血糖		H D L コレステロール					
		血 清 トリグリセライド				L D L コレステロール					
尿 検 査		糖		()		心 電 図					
		蛋 白		()		主 な 既 往 症					
血 圧 測 定		～ mmHg									
肝 機 能 検 査		GOT				総 合 所 見					
		GPT									
		γ-GTP									
HBs 抗原・抗体検査		抗原+-・抗体+-									
HCV 抗体検査		抗体+-									

上記のとおり診断する。		年 月 日	
病院所在地			
病院名			
医師氏名			
印			