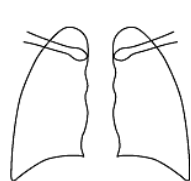


健康診断書

氏名		生年月日		健診年月日		
住所		性別		年齢		
業務歴	1 なし 2 あり	血圧 (mm Hg)				
既往歴	1 なし 2 あり	貧血検査	血色素量 (g/dl)			
自覚症状	1 なし 2 あり	肝機能検査	赤血球数 (万/mm ³)			
			G O T (IU/l)			
			G P T (IU/l)			
他覚症状	1 なし 2 あり	血中脂質検査	γ-G T P (IU/l)			
			総コレステロール (mg/dl)			
			HDLコレステロール (mg/dl)			
身長 (cm)		血糖検査	トリグリセライド (mg/dl)			
			尿検査	糖	- + ++ +++	
体重 (kg)		心電図検査	蛋白質	- + ++ +++		
B M I			1 所見なし 2 所見あり			
聴力検査	右 1000Hz: 4000Hz: 左 1000Hz: 4000Hz:	視力検査	右 () 左 ()			
胸部エックス線検査	間接 撮影 <u>直接</u> 年 月 日  1 所見なし 2 所見あり	医師の診断				
		健康診断を実施した医師の氏名 [Ⓔ]				
		医師の意見				
		意見を述べた医師の氏名 [Ⓔ]				
備考						