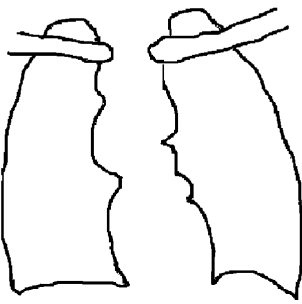


健康診断書

氏名		女・男	生年月日	平成	年	月	日
住所							
既往症							
身長		cm	体重		kg		
視		右（ . ） 左（ . ）					
力		両眼（ . ） ※矯正視力可					
尿検査		蛋白		聴力		異常なし 異常あり	
		糖		胸部 X 線の所見 			
血球検査		赤血球					
		白血球					
		血色素量					
肝機能検査		G O T		心電図の所見			
		G P T					
		γ - G T P					
		HCV 抗体		聴打診			
CRP							
令和 年 月 日 検査							
所在地							
検診機関名							
医師名							

・全項目について受診してください。