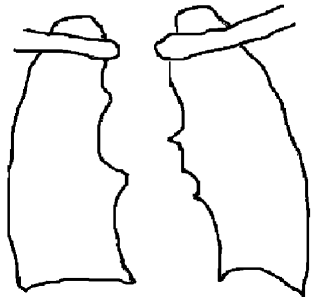
健 康 診 断 書

<table>
<tr><td colspan="2">氏名</td><td>女・男</td><td colspan="4">生年月日　　平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="7">住所</td></tr>
<tr><td colspan="7">既往症</td></tr>
<tr><td colspan="2">身長　　cm</td><td colspan="2">体重　　kg</td><td rowspan="2">視力</td><td>右</td><td>裸眼（　.　）矯正（　.　）</td></tr>
<tr><td>血圧</td><td colspan="3">／</td><td>左</td><td>裸眼（　.　）矯正（　.　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">尿検査</td><td colspan="3">蛋白</td><td>聴力</td><td colspan="2">異常なし　　異常あり</td></tr>
<tr><td colspan="3">糖</td><td colspan="3" rowspan="4">胸部X線の所見
  </td></tr>
<tr><td rowspan="3">血球検査</td><td colspan="3">赤血球</td></tr>
<tr><td colspan="3">白血球</td></tr>
<tr><td colspan="3">血色素量</td></tr>
<tr><td rowspan="4">肝機能検査</td><td colspan="3">ＧＯＴ</td><td colspan="3" rowspan="2">心電図の所見</td></tr>
<tr><td colspan="3">ＧＰＴ</td></tr>
<tr><td colspan="3">γ-ＧＴＰ</td><td colspan="3" rowspan="2">聴打診</td></tr>
<tr><td colspan="3">HCV抗体</td></tr>
<tr><td>CRP</td><td colspan="3"></td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

令和　　年　　月　　日　検査

所　在　地

検診機関名

医　師　名　　印

１．医師捺印のないものは無効です。

２．全項目について受診してください。