

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	裸眼（ . ） 矯正（ . ）	
血圧	/			力	左	裸眼（ . ） 矯正（ . ）	
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			聴打診			
	H C V 抗体						
CRP							
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。(矯正視力の場合は裸眼視力も記入してください。)