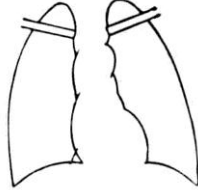


健康診断書

住 所 _____

氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 生

既 往 歴			聴 力 (オーディオ)	右	1000Hz 4000Hz	1 所見なし 1 所見なし	2 所見あり 2 所見あり
				左	1000Hz 4000Hz	1 所見なし 1 所見なし	2 所見あり 2 所見あり
自 覚 症 状			貧 血	血色素量		g/dl	
				赤血球数		万/mm ³	
他 覚 症 状			肝 機 能 査 検	A S T (GOT)		IU/l	
				A L T (GPT)		IU/l	
身 長			血 中 脂 質 査 検	γ - G T P		IU/l	
体 重	cm			トリグリセライド		mg/dl	
B M I				HDL コレステロール		mg/dl	
腹 囲	kg			LDL コレステロール		mg/dl	
視 力			尿 検 査	血 糖		mg/dl	
血 圧				糖 蛋 白		- + ++ +++	
胸部 レントゲン検査 (直接)	撮影日 年 月 日		麻 疹 抗 体				
			心 電 図				
【総合所見】							

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

所在地
医療機関名

医師名 _____ 印