健 康 診 断 書

職　種	初期研修医	受 験 番 号	

氏　名	（男・女）	昭和 平成　年　月　日生(満　歳)
住　所	〒	

身　長	cm	尿検査	蛋　白　糖　潜　血
体　重	kg		

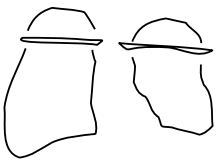
視　力	右	（　）	貧血検査	赤血球数	$*10^4/\mu\ell$
	左	（　）		白血球数	$/\mu\ell$
				血色素量	g/dℓ
				ヘマトクリット	%

聴　力	1000HZ	4000HZ	肝機能	GOT	IU/ℓ
右	DB	DB		GPT	IU/ℓ
左	DB	DB		γ-GTP	IU/ℓ

耳鼻科疾患	血中脂質	HDLコレステロール	mg/dℓ
血　圧 ㎜Hg		LDLコレステロール	mg/dℓ
心電図		中性脂肪	mg/dℓ
	血糖	HbA1c %	

胸部X線　（直接・間接撮影）

所見



既往症・自覚症状

総合所見

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成　　年　　月　　日

医療機関名

医師氏名　　㊞

※受験番号は空欄