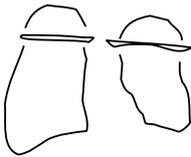


# 健康診断書

氏名	性別
生年月日	年齢

身長	cm	尿検査	蛋白	糖	潜	血
体重	kg					
視力	右 ( )	貧血検査	白血球数	/μℓ		
	左 ( )		赤血球数	*10 <sup>4</sup> /μℓ		
			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	mmHg		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						

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印