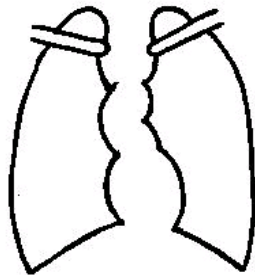


健康診断書

住所	〒 ー		ふりがな 氏名	年 月 日生	
既往歴及び業務歴					
自覚症状及び他覚症状					
身長	cm		体重	kg	
視力	右		矯正視力	右	
	左			左	
聴力	右		千 Hz 及 4 千 Hz の音に係る聴力	胸 囲	
	左			色 覚	
心電図検査				胸部エックス線検査	平成 年 月 日撮影
貧血検査	血色素				
	赤血球				
血中脂質検査	血清総コレステロール			肝機能検査	
	血清トリグリセライド				GPT
	H D L コレステロール				γ-GTP
血糖				B 型肝炎	HBsAg抗原 ()
					HBsAb抗体 ()
尿検査	糖			C 型肝炎	HCVAb抗体 ()
	蛋白				
血圧測定				総 評	
実施医療機関					平成 年 月 日検査
所在地					
名称	医師				印