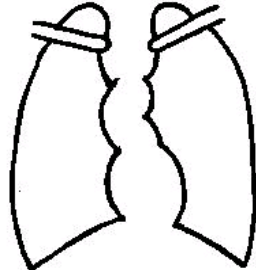


健康診断書

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	色 覚	
	左				
心 電 図 査 検 査				胸部エックス 線 検 査	平成 年 月 日撮影
					
貧 血 査 検 査	血色素				
	赤血球				
血 中 脂 質 査 検	血 清 総 コレステロール			肝機能検査	GOT
	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 肝 型 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 