

# 健 康 診 断 書

フリガナ名	男・女	生年月日	年 月 日生 (歳)
住所			

身長		cm	眼 疾	有 ( ) 無
体重		kg	聴 力	右 正常・異常( )
腹 囲		cm		左 正常・異常( )
B M I	体重 (kg) / 身長 (m) <sup>2</sup>		耳 疾	有 ( ) 無
四 肢	正 常・異 常 ( )		血 圧	~ (mmHg)
視 力	右 ( 矯 正 )			尿 検 査
	左 ( 矯 正 )		糖： - ± +	
色 覚	正 常・異 常 ( )		肝 機 能 検 査	ウロビリノーゲン： 正常・異常
貧 血 検 査	赤血球数(万/mm <sup>3</sup> )			GOT (IU/ℓ)
	血色素量(g/dℓ)			GPT (IU/ℓ)
血 糖 検 査 (どちらか一方)	空腹時血糖(mg/dℓ)		血 中 脂 質 検 査	γ-GTP (IU/ℓ)
	HbA1c(NGSP) (%)			HDLコレステロール(mg/dℓ)
心 電 図 検 査	正 常・異 常 ( )			LDLコレステロール(mg/dℓ)
			中性脂肪(mg/dℓ)	
胸 部 X 線 検 査	間接・直接・所見 ( )			無
既 往 歴	有 ( )			無
現在治療中の疾患	有 ( )			無
そ の 他 所 見	消化器 ・ 循環器 ・ 感覚器 ・ 呼吸器 ・ 神経系の異常の有無 有 ( )			無

上記のとおり証明する。

平 成 年 月 日

住 所

医 療 機 関

医 師 名

印