

# 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)	γ-GTP (IU/ℓ)	
	HbA1c(NGSP) (%)	血 中 脂 質 検 査	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
現在治療中の疾病	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

医療機関名

医 師 名

印