

# 健 康 診 断 書

フリガナ名	男・女	生年月日	年 月 日	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		
インターフェロン γ 遊離試験 ( I G R A )	+ ・ -		

上記のとおり証明する。

年 月 日

住 所  
医 療 機 関  
医 師 名

印