

# 健康診断書

フリガナ 氏名			男・女	生年月日	西暦	年	月	日生(満)	歳)	
住所										
既往歴				業務歴				自覚 症状		
身長	cm		視力	裸眼	矯正			色覚	右	
体重	kg			右	( )				左	
腹囲	cm		血圧	mmHg～			mmHg			
聴力	右	1,000Hz	所見なし・所見あり			/				
		4,000Hz	所見なし・所見あり							
	左	1,000Hz	所見なし・所見あり							
		4,000Hz	所見なし・所見あり							
胸部 エックス線 検査	直接 間接	年 月 日撮影		血液 検査	貧血	赤血球数	×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>			
						血色素量	g/dl			
			肝機能		AST(GOT)	U/l				
					ALT(GPT)	U/l				
					γ-GTP	U/l				
			血中 脂質		LDLコレステロール	mg/dl				
					HDLコレステロール	mg/dl				
					中性脂肪	mg/dl				
	結果				血糖	(空腹時)	mg/dl			
	尿検査	蛋白 ( )			心電図検査					
糖 ( )										
総合所見及び 特記事項										

上記のとおり診断しました。

西暦 年 月 日

所在地

医療機関名

医師の氏名

印

学校法人杏林学園