

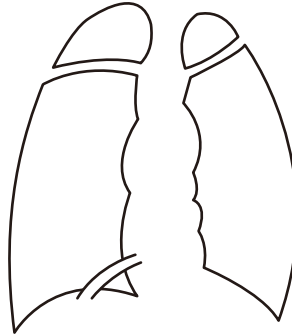
# 健康診断書

受診日 年 月 日 ( )

ふりがな  
氏名  
昭・平 年 月 日生 (満 才)

男・女

胸部X線



(直接) 所見

現住所

身長

体重

cm

kg

視力 右 ( ) 左 ( )

聴打診所見

聴力障害 右 なし 左 あり

自覚症状 その他特記事項

- ①麻疹 罹患 才頃 ワクチン接種 有・無
- ②風疹 罹患 才頃 ワクチン接種 有・無
- ③水痘 罹患 才頃 ワクチン接種 有・無
- ④流行性耳下腺炎 罹患 才頃
- ⑤結核 罹患 才頃

血圧 ( ) mmHg ~ ( ) mmHg

尿	蛋 白	( )
	糖	( )
	ウロビリノーゲン	( )

既往症 特記すべきもの なし あり

血液検査	白血球数	
	赤血球数	
	血色素量	
	ヘマトクリット	

病名	療養した時期	病名	療養した時期
肺疾患		胃腸疾患	
心疾患		外傷	
肝疾患		腰痛症	
腎疾患		その他	

血中脂質 総コレステロール( ) トリグリセライド( )

肝機能 GOT ( ) GPT ( )  
γ-GTP

総合判定

住 所  
医療機関名  
医師氏名

印

備考