

健康診断書

氏名		男 女	平成 年 月 日生	
住所				
既往歴		血圧	/ mmHg	
		尿検査	糖 蛋白	
自覚症状		末梢血液一般	白血球	個 / μ l
			赤血球	万 / μ l
血色素	g / μ l			
ヘマトクリット	%			
身長	. cm	肝機能検査	GOT	IU/l
体重	. kg		GPT	IU/l
視力	右 . (.) 左 . (.)		γ -GTP	IU/l
聴力	右 左			
胸部X線検査	令和 年 月 日撮影	血糖	mg/dl(食後 時間)	
	直接 間接	その他の検査		
	所見	総合所見		

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

〒

医師

印