

健康診断書

氏名 _____

項目 \ 区分		検査内容		備考
身長		cm		
体重		kg		
視力 (矯正)	R	()		
	L	()		
色覚		異常 有 無		
聴力	R	異常 有 無		
	L	異常 有 無		
胸部 X線		異常 有 無		
血圧		～		
尿	糖	異常 有 無 + ± -		
	蛋白	異常 有 無 + ± -		
肝機能 (数値)	GOT ()		異常 有 無	基準値 (～)
	GPT ()			(～)
	γ-GTP ()			(～)
握力	R kg			
	L kg			

上記の項目のとおり健康診断をしたので証明する。

平成 年 月 日

(医療機関) 住 所
機 関 名
医 師 氏 名