

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