

健康診断書

受診日：20 年 月 日

氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 歳
住所			
身体計測	身長 () cm 体重 () kg	尿検査	糖 () 蛋白 ()
感覚器系	視力 右 (.) 左 (.) 色神 異常なし・あり 聴力 異常なし・あり	血液検査	血液型 () 型 血沈 1時間値 () mm 2時間値 () mm GOT (AST) () 単位 GPT (ALT) () 単位
呼吸器系	理学的所見 異常なし・あり 胸部X線直接撮影 肺の異常所見 なし・あり フィルムNo.	う 歯	未処置歯 () 本 処置歯 () 本
		アレルギー	なし あり ()
		既往歴	
循環器系	理学的所見 異常なし・あり (心雑音 なし・あり) 血圧 (mmHg) (最高) / (最低) 胸部XP心陰影 (上図参照) 異常所見 なし・疑い・あり	総合所見	

上記のとおり診断します。

20 年 月 日 所 属 :

医師氏名 :

(署 名)