

健康診断書

氏名		生年月日	年	月	日
住所			受診日	年	月 日

問診		尿	糖	
			蛋白	
既往歴		血液	赤血球	万/ μ L
			白血球	/ μ L
身長	cm		血色素	g/dl
体重	kg		AST (GOT)	u/l
腹囲	cm		ALT(GPT)	u/l
BMI			γ -GTP	u/l
血圧	mmHg		LDL コレステロール	mg/dl
視力	右 矯正		HDL コレステロール	mg/dl
	左 矯正		中性脂肪	mg/dl
聴力	右		血糖	mg/dl
	左			
心電図		胸部 X 線 (間接または直接)		
就労可能有無		総合所見		

医療機関名		医師名	印
所在地	〒		

横浜市立みなと赤十字病院