

別 紙

健 康 診 断 書

氏 名 _____

区 分 項 目		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。

令和 年 月 日

(医療機関) 住 所
機 関 名
医 師 氏 名

