

# 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 ( )	基準値 ( ~ )
		GPT ( )	異常 有 無 ( ~ )
		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

