

# 健康診断書

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
		年齢	歳
学校名		性別	男 ・ 女
身長	cm	体重	kg
視力	裸眼 ( ) ( ) 左 ( ) ( ) 矯正	血液	白血球
	裸眼 ( ) ( ) 右 ( ) ( ) 矯正		赤血球
尿	糖	聴力	ヘモグロビン
	尿潜血		右
	蛋白定性	左	
心電図		生化学	最高 mmHg
			最低 mmHg
胸部 X線		既往歴	GOT
			GPT
			γ-GTP
所見			

上記の通り、診断いたします。

年 月 日

所在地

医療機関名

医師名

印