

別紙

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 ()	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。

平成 年 月 日

(医療機関) 住 所
機 関 名
医 師 氏 名

㊞