

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

Ⓜ