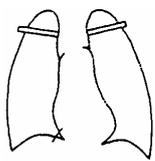


健康診断個人票

氏名		性別		生年月日	
住所				年齢	歳

業務歴			血圧	mmHg			
既往歴			貧血検査	血色素量(g/dl)			
自覚症状				赤血球数(万/mm ³)			
他覚症状				GOT (IU/L)			
身長	cm		肝機能障害	GPT (IU/L)			
体重	kg			-GTP (IU/L)			
視力	右	()		血中脂質検査	総コレステロール(g/dl)		
	左	()	トリグリセライド(g/dl)				
聴力	右	1000Hz 4000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり		HDLコレステロール		
	左	1000Hz 4000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり		血糖検査		
尿検査			糖		- + ++ +++		
			蛋白		- + ++ +++		
心電図検査			その他の検査	/			
胸部X線検査	 正常 異常 ()		総合判定	異常なし 異常あり ()			
備考							

上記のとおり診断いたします。

平成 年 月 日

所在地

名称

医師氏名

印