

健康診断書（神奈川県）

ふりがな 氏 名	男 女		住 所	電話（ ） —	
生年月日	年 月 日（ 歳）				
既往症 〔年齢／病名 療養期間〕					
身長	cm	血 圧	最高 mmHg	最低 mmHg	
体 重	kg	貧血検査	血色素量	g/dl	
胸 囲	cm		赤血球数	万/mm ³	
腹 囲	cm	肝機能検査	G O T	IU/1	
視 力	左 右		G P T	IU/1	
	矯正（ ）（ ）		γ - G T P	IU/1	
聴 力		血中脂質検査	LDLコレステロール	mg/dl	
胸部X線（大四ツ切フィルム）			HDLコレステロール	mg/dl	
			血清トリグリセリド*	mg/dl	
		血糖検査	mg/dl		
心電図検査		尿 検 査	糖		
			蛋白		
			ウロビリノーゲン		
			潜血		
現在の疾病及び理学的所見（自覚症状及び他覚症状）					
運動機能障害					
令和 年 月 日					
所在地 医療機関名 医師氏名					