

# 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 <small>(年齢/病名 療養期間)</small>	
--	--

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 <sup>3</sup>			
腹 囲	cm	肝機能検査	GOT	IU/l			
視 力 左                  右 矯正 (    ) (    )			GPT	IU/l			
			γ-GTP	IU/l			
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			
心電図検査		血糖検査	mg/dl				
		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
--

