

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 ³	
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	
			血清トリグリセライド*	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					
				⑩	