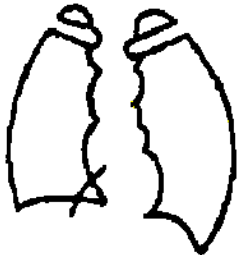


# 健康診断票

ふりがな		胸部 所見	間接・直接	
氏名				
生年月日 (年齢)	昭和 年 月 日生 ( )歳			
既往症				
自覚・他覚 症状(視診 打診・聴診 触診所見)		尿	蛋白	
			糖	
		心電図検査		
		血清総コレステロール		mg/dl
		中性脂肪検査		mg/dl
身長	cm	血糖		mg/dl
体重	kg	HDLコレステロール		mg/dl
視力 右	・ ( ・ )	貧血 検査	色素血量	g/dl
左	・ ( ・ )		赤血球数	10 <sup>4</sup> / μl
聴力 右	正 ・ 難	肝臓 機能 検査	GOT	IU/l
左	正 ・ 難		GPT	IU/l
血圧	/		γ-GTP	IU/l
総合 所見	医療機関名 平成 年 月 日 担当医師名			