

別紙

# 健康診断書

氏名 \_\_\_\_\_

項目	区分	検査内容	備考
身長		cm	
体重		kg	
視力 (矯正)	R	( )	
	L	( )	
色覚		異常 有 無	
聴力	R	異常 有 無	
	L	異常 有 無	
胸部X線		異常 有 無	
血圧		~	
尿	糖	異常 有 無 + ± -	
	蛋白	異常 有 無 + ± -	
肝機能 (数値)	GOT ( )	異常 有 無	基準値 ( ~ )
	GPT ( )		( ~ )
	γ-GTP ( )		( ~ )
握力	R	kg	
	L	kg	

上記の項目のとおり健康診断をしたので証明する。

平成 年 月 日

(医療機関) 住 所  
機 関 名  
医 師 氏 名

印