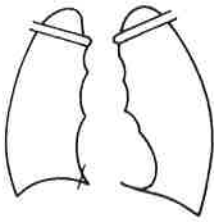


# 健康診断証明書

ふりがな					住		
氏名				男・女	所		
生年月日	大・昭・平	年	月	日	才		

身長				cm	撮影	年月日	胸部エックス線所見
体重				kg	フィルムNo.		
BMI	やせ過ぎ・普通・太り過ぎ			(直・間)			
腹囲				cm			
眼	視力	右	( . )	異常なし・あり	心電図	正常範囲内 異常あり	
	視力	左	( . )				
	色覚						
耳	聴	検査方法 1.オージオ 2.その他		貧血検査	血圧	/ mmHg	
		右	1,000Hz 所見なし・あり 4,000Hz 所見なし・あり			血色素量(g/dl)	
	力	左	1,000Hz 所見なし・あり 4,000Hz 所見なし・あり				
						白血球数(個/mm <sup>3</sup> )	
四肢				ヘマトクリット値(%)			
皮膚				肝機能検査	G O T (IU/l)		
ツベルクリン反応					G P T (IU/l)		
尿検査	糖	蛋白	カドバシ/ゲル		潜血	γ-G T P (IU/l)	
主な既往症				血中脂質検査	LDL コレステロール (mg/dl)		
総合判定					HDL コレステロール (mg/dl)		
					トリグリセライド (mg/dl)		
				血糖検査 (mg/dl)	食後	時間	
			その他の 検査所見				

上記のとおり相違ないことを証明する。

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名

