

健 康 診 断 書

ふりがな			男・女	年	月	日生
氏 名						
住 所						
検 査 日	年	月	日			
主 な 既往 症			主 な 現在 症			
身 長	cm	体 重	kg	腹 囲	cm	
視 力	左	右	聴 力	左	右	
	()	()		1 KHz	4 KHz	1 KHz
血 圧	/		レ ベ ル			
貧血検査	血色素量	g/dl				
	赤血球数	×10 ⁴				
肝機能検査	GOT	IU/L				
	GPT	IU/L				
	γ-GTP	IU/L				
血中脂質検査	LDL-CHO	mg/dl				
	HDL-CHO	mg/dl				
	T-G	mg/dl				
HbA1c	%					
尿検査	糖	()				
	蛋白	()				
クオンティフェロン	判定					
概 評						
胸部エックス線検査			(呼吸器科) X線像(番号)			
			所見		担当医師	
心電図検査			所見			

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日 所在地住所

医療機関名

医師氏名

(印)

◆注意事項◆

- ・健康診断書に記載している事項がすべて検査できる医療機関で受診して下さい。
- ・もれなく受診され、空欄のないよう記入していただき、診断医厳封（開封は無効）のものを交付していただいで下さい。
- ・証明年月日、医療機関名、医師氏名、押印の不備に注意していただいで下さい。
- ・健康診断書は、試験日以前6カ月以内に受けたものでお願いします。