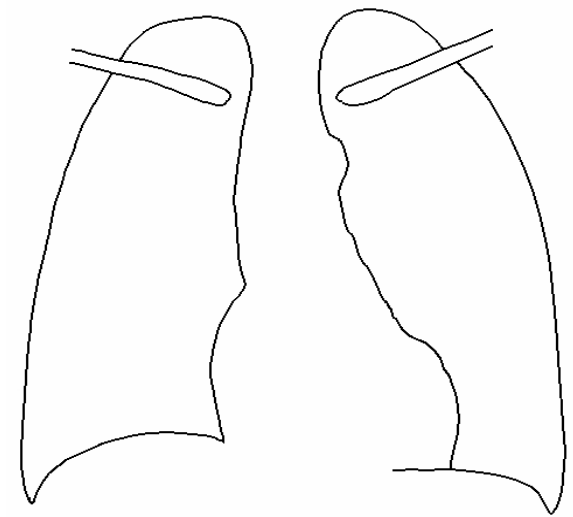


# 健康診断書

氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日	男・女				
住所											
既往症											
身長	cm	視力	右	( )							
体重	kg		左	( )							
腹囲	cm	聴力		1000Hz	4000Hz	所見					
血圧	~ mmHg		右			有・無					
尿検査	蛋白 ( )		左			有・無					
	糖 ( )	胸部 X-P 直接撮影 No. _____  1. 所見あり      2. 所見なし									
貧血検査	血色素量 (g/dℓ)										
	赤血球数 (/mm <sup>3</sup> )										
肝機能検査	G O T (IU/ℓ)										
	G P T (IU/ℓ)										
	γ - G T P (IU/ℓ)										
血中脂質検査	LDL-コレステロール (mg/dℓ)										
	HDL-コレステロール (mg/dℓ)										
	血清トリグリセライド (mg/dℓ)										
血糖	グルコース (mg/dℓ)	心電図									
総合所見											

上記のとおり診断します。

宮城県大崎市古川三日町二丁目3番45号  
**三 浦 病 院**  
 TEL 0229-22-6656 / FAX 0229-22-6655

平成 年 月 日 医師

