

【様式3】

健康診断証明書

氏名 _____ 性別 男・女 生年月日 _____ 年 月 日

住所 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 既往歴 _____ 業務歴 _____

自覚症状 _____ 他覚症状 _____

血圧 () / () mmHg

視力 右:裸眼() 矯正()

左:裸眼() 矯正()

聴力 右:異常あり・異常なし 左:異常あり・異常なし <○で囲む>

尿検査 糖() 蛋白() 潜血() ウロビリノーゲン()

血液検査 血色素量 () g/dl

赤血球 () × 10⁶ / μl

白血球 () × 10³ / μl

ヘマトクリット () %

血小板 () × 10³ / μl

血液生化学検査 GOT () U/l

GPT () U/l

LDH () U/l

γ-GPT () U/l

総コレステロール () mg/dl

HDLコレステロール () mg/dl

トリグリセライド () mg/dl

尿酸 () mg/dl

血糖 () mg/dl

胸部エックス線 異常なし・所見あり ()

診断意見 _____

医療機関名	
証明医師名	(印)