

健康診断証明書

氏 名

生 年 月 日

身長	cm	血糖		※
体重	kg	血中脂質検査	L D L コレステロール	※
腹囲	cm		中性脂肪	※
肺活量	cc		H D L コレステロール	※
運動機能		肝機能検査	G O T	※
覚 醒 色	正 常 パネルD-15による検査 (Pass ・ Fail)		G P T	※
			γ - G T P	※
裸眼視力 (矯正)	右 () 左 ()	胸部X線検査	撮影年月日	
聴力 [5 m の話 声 語 の 弁 別]	可 ・ 不可		所 見	
握力	右 左	心電図検査		※
検便 [ヘモグロビン]	※	既往症		
検尿	たん白	家族歴		
	糖	医師及び 指し示 の就業 意事項		
血圧				
備考				
判定				

上記のとおり相違ないことを認める。

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印

※太枠で囲んだ項目は、35歳以上の者について記入すること。