

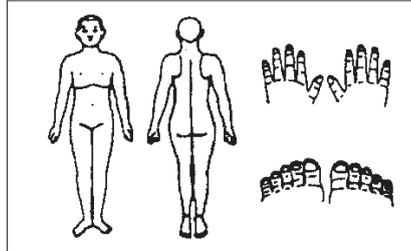
健康診断結果証明書

日本生命保険相互会社 行

団体名	
-----	--

氏名	様		
----	---	--	--

生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成	年 月 日	性別	<input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
------	--	-------	----	--

既往症の有無	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	「有」のときその詳細  身体障がい「有」のとき障がい・欠損箇所をご記入ください。
現在の健康状態 現症(持病、自覚症状、外傷等)の有無	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	
医師による治療および指導の有無	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	
身体障がいの有無	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	

血圧	最大 mmHg	最小 mmHg
----	---------	---------

検尿	蛋白 <input type="radio"/> - <input type="radio"/> ± <input type="radio"/> 1+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 3+~	糖 <input type="radio"/> - <input type="radio"/> ± <input type="radio"/> 1+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 3+~
----	--	---

呼吸器・循環器・腹部・その他一般診察の所見	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	「有」のときその詳細
-----------------------	--	------------

血色素	Hb _____ g/dl	糖代謝	HbA1c _____ %
-----	---------------	-----	---------------

肝臓機能	GOT _____ IU/l	GPT _____ IU/l	γ -GTP _____ IU/l
	HCV抗体 <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性	HBs抗原 <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性	

脂質	総コレステロール _____ mg/dl	HDLコレステロール _____ mg/dl	中性脂肪 _____ mg/dl
----	----------------------	------------------------	------------------

心電図	異常の有無 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無
	※「有」のとき、心電図のコピーを添付してください。 〔コピーを添付できない場合、異常所見の詳細についてご記入ください。〕

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

<病院または診療所>

所在地

名称

医師名

印

