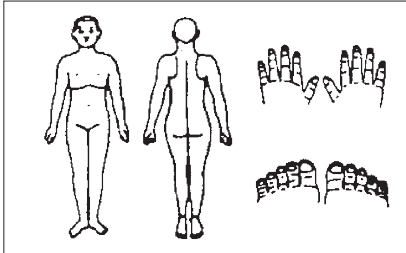


健康診断結果証明書

日本生命保険相互会社 行

団体名						
氏名	様					
生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別 男性 女性	
既往症の有無	有 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					有 無
	医師による治療および指導の有無					有 無
	身体障がいの有無					有 無
血圧	最大	mmHg		最小	mmHg	
検尿	蛋白	－ ± 1+ 2+ 3+～	糖	－ ± 1+ 2+ 3+～		
呼吸器・循環器・腹部・その他一般診察の所見	有 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	
	HCV抗体	陰性 陽性	HBs抗原	陰性 陽性	γ-GTP IU/l	
脂質	総コレステロール	HDLコレステロール		中性脂肪		
		mg/dl		mg/dl		
心電図	異常の有無	有 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				

