

健康診断書

(ふりがな)				男・女	年齢	生年月日	年	月	日生	
氏名				歳						
住所								血液型	型	
既往歴				現在所見 投薬中の処方：						
血圧				X線所見						
身長				間接						
体重				直接						
四肢及び 運動障害	歩行 可 少し支え必要 その他：			撮影年月日	年 月 日					
				フィルム						
				心電図	正・異					
感染症疾患（あればその治療経過と今後の見通しを必ず記入ください）有・無 病 名： 治療経過と見通し：										
血液 検 査	赤血球数	GPT		LDLコレステロール			血清アルブミン			
	白血球数	r-GTP		CRE			血糖値			
	血色素量（ヘモグロビン）	中性脂肪		BUN			HbA1C			
	ヘマトクリット値	T-cho		UA			CRP			
	GOT	HDLコレステロール		※検査結果添付してください						
	HBs抗原検査			HCV抗体			梅毒			
検尿	糖	蛋白		潜血						
眼疾患	無・有 ()		耳疾患	無・有 ()			難聴有無	無・有 ()		
(その他医師が必要と認める検査)										
(その他必要所見) アレルギー (有・無) :										
日常生活上、注意しなければならないこと (有・無)										

上記の通り診断します。

年 月 日

住所
電話番号
医療機関名
医師名

印