

健康診断書 平成 年 月 日

氏名		男・女	M・T・S	年	月	日生(歳)		
既往症 発病年月日 と 概要	心臓病() 高血圧疾患() 内臓疾患() 脳疾患()	認知症() 神経症() 統合失調症() その他()						
現在の病名 与薬・通院 等くわしく 記載	胸部レントゲン所見 撮影年月日 平成 年 月 日 (間接) (直接)							
心電図	ペースメーカー(有・無)							
自覚症状								
他覚症状								
計測	血圧	最高	最低					
	視力		(右)	(左)				
	聴力	(右) ろう ややろう 否 (補聴器) 要 不要						
		(左) ろう ややろう 否 (補聴器) 要 不要						
	身長	cm	体重	kg	BMI		腹囲	cm
	血液型	型(RH +・-)			利き手	右・左		
血液検査	【GOT】	(IU/l)	【GPT】	(IU/l)				
	【γ-GPT】	(IU/l)						
	【LDLコレステロール】	(mg/dl)	【HDLコレステロール】	(mg/dl)				
	【トリグリセリド】	(mg/dl)						
	【血色素】	(g/dl)	【赤血球数】	(万/mm ³)				
	【血糖値】	(mg/dl)						
尿検査	【糖】 -・+	【蛋白】 -・+						
感染症	B型肝炎(+・-)	HBs抗原(+・-)	C型肝炎(+・-)	HCV抗体(+・-)				
	結核(+・-)	疥癬(+・-)	MRSA喀痰(+・2+・3+・-)					
その他	アレルギー(+・-) ピリン禁(有・無)							

上記のとおり診断致しました。

平成 年 月 日

住 所 _____

医療機関名 機 関 名 _____

医師氏名 _____ (印)