

健康診断書

受診者

フリガナ

氏名


男・女

年

月

日生

(歳)

身長	cm	体重	kg	血圧	/	mmHg			
胸部X線検査 				日常会話の聴力：					
				血液型	型	Rh()			
				血液検査					
				脂質	総コレステロール				
HDLコレステロール									
LDLコレステロール									
結核性所見				中性脂肪					
尿検査	糖()	・	蛋白()	・	潜血()				
感 染 症	肝炎	HBs抗原		HBs抗体		肝機能	AST(GOT)		
		HCV抗体					ALT(GPT)		
	梅毒	判定					腎	クレアチニン	
		伝染性疾患有無				血糖		HbA1c:	
	皮膚疾患				尿酸				
					白血球				
貧血					赤血球				
	ヘマトクリット								
心電図所見				※ 血液検査結果(コピー可)の添付をお願い致します。					
アレルギーの有無：薬の禁忌等									
既往症・手術歴									
備考									

上記の通り診断いたします。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

印