

健康診断書

受診者

フリガナ

氏名

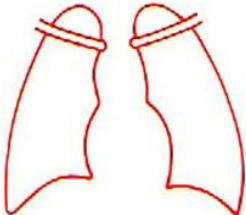
男・女

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			γ-GTP				
				腎	クレアチニン				
	伝染性疾患有無				血糖	HbA1c：			
					尿酸				
皮膚疾患				白血球					
				貧血	赤血球				
					Hb _レ ピッ				
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