

入 所 通 所 健康診断書

フリガナ

氏 名 男 ・ 女 年 月 日生 (歳)

受 診 者

住 所

身長	cm	体 重	kg	血 圧	/	mmHg			
胸部X線検査	結核性所見	血液型	型	Rh()					
日常会話の聴力：									
尿検査	糖 () ・ 蛋白 () ・ 潜血 ()	血 液 検 査							
感 染 症	肝 炎	HBs抗原		HBs抗体		脂 質	総コレステロール		
		HCV抗体					HDLコレステロール		
	梅 毒	ガラス板法	判定					中性脂肪	
		TPHA法	判定				肝機能	AST/GOT	
	伝染性疾患有無							ALT/GPT	
								γ-GTP	
	皮膚疾患				腎			クレアチニン	
					血 糖			HbA1c :	
心電図所見				尿 酸					
				白 血 球					
アレルギーの有無：薬の禁忌等				貧 血	赤 血 球				
					Hct (%)				
※ 血液検査結果（コピー可）の添付をお願い致します。									
既 往 症 ・ 手 術 歴									
備 考									

上記の通り診断いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
所在地
医師名

印