

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					
		HCV抗体			肝機能				
	梅毒	判定					γ-GTP		
						腎			
	伝染性疾患有無				血糖	HbA1c:			
	皮膚疾患				尿酸				
白血球									
貧血					赤血球				
	Hb								
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