

# 健康診断書

(注)この様式は基本的な健康診断書です。疾患に基づく検査データがありましたら添付してください。

フリカ <sup>ナ</sup> 氏名		男 女	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
住所	TEL ( )		

病名		既往歴	
病状経過			処方内容

(身長 cm)		(体重 kg)		(血圧 / mmHg)		(脈拍 回/分)		
検査所見 【検査日 年 月 日】				胸部レントゲン 【撮影日 年 月 日】				
尿	蛋白	-	±	+	所見    異常あり ・ 異常なし			
	糖	-	±	+				
	潜血	-	±	+				
感染症	HBs	抗原精密		-				+
	HCV	抗体		-				+
	疥癬	- + 部位( )						
皮膚疾患(含褥瘡)		無・有( )		結核の既往	無・有( 歳)			
アレルギー(食物・薬)		無・有( )		視力障害	無・有( )			
麻痺		無・有( )		聴力障害	無・有( )			
拘縮		無・有( )		言語障害	無・有( )			
特記事項								
GOT	GPT	LDH	Alb	T-B	CRE	BUN	Na	K
Cl	RBC	WBC	Hb	Ht	PLT	MCV	Fbs	HbA1C

上記のとおり、診断いたします。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印