


健康診断書

健診年月日 年 月 日

氏名

(男・女) 生年月日 年 月 日生

<p>身長 cm 体重 kg</p>	<p>検尿</p> <p>蛋白 () 糖 () 潜血 () ウロビリノーゲン ()</p>															
<p>理学所見</p>	<p>検血</p> <p>血色素 g/dl 赤血球 $10^4/mm^3$ 白血球 $/mm^3$ ヘマトクリット % 血小板 $10^4/mm^3$</p>															
<p>血圧 mmHg(右・左)</p>	<p>血液生化学(空腹時・食後 時間)</p> <p>GOT IU/L GPT IU/L LDH IU/L γ-GTP IU/L クレアチニン mg/dl LDLコレステロール mg/dl 血糖 mg/dl</p>															
<p>視力 右 () 左 ()</p>																
<p>色神</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>聴力</td> <td>1000HZ</td> <td>4000HZ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>右</td> <td>db</td> <td>db</td> <td></td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>db</td> <td>db</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		聴力	1000HZ	4000HZ		右	db	db		左	db	db				
聴力	1000HZ	4000HZ														
右	db	db														
左	db	db														
<p>胸部レントゲン検査(直接・間接) フィルム番号()</p> <div style="text-align: center;">  <p>心胸郭比 %</p> </div>	<p>既往歴(詳細に記入してください)</p>															
<p>心電図</p>																

総合判定

健診実施機関

住所

名称

電話

FAX

医師名

