

健康診断書

氏 名			男 ・ 女	明・大・昭 年 月 日 (歳)	
住 所	〒			血液型 型 (R h)	
				身長 c m	体重 k g
電話番号				総蛋白	総コレステロール
血液検査 年 月 日			血圧 /	GOT	中性脂肪
ワ氏	TPHA法	陰性 / 陽性		GPT	CRP
B型肝炎	HBs抗原	陰性 / 陽性		γ-GTP	FBS
C型肝炎	HCV抗体	陰性 / 陽性		ALP	γ-GT
MRSA	鼻 腔	陰性 / 陽性		LDH	白血球
	咽 頭	陰性 / 陽性		BUN	赤血球
検尿	蛋白	糖		クレアチン	Hb
	ウロビリ	潜血		Ht	血小板
アレルギー 無 ・ 有 ()				尿酸	義 歯
胸部X線		心電図			
既往歴					
病歴				常備薬	
総合判定					

上記の通り診断します。

平成 年 月 日

医療機関名称

医療機関住所

医師氏名

