

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 cm	体重 kg
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	アミノア
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	ウリアチン	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。

令和 年 月 日

医療機関名称

医療機関住所

医師氏名

⑩