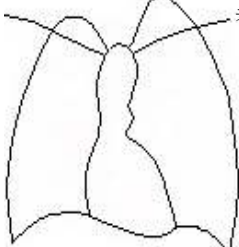


健康診断書

住 所						
氏 名		性別 男 女	生 年 月 日	T S H	年 月 日生	
既往歴		赤沈 1h 2h				
自・他覚 所 見		ツ反 陰性 陽性()				
身長 cm 胸囲 cm 体重 kg BMI 視力 右 () 左 () 色神 正常 異常	血液 検 査	赤血球	×10 ⁴ /ul	肝 機 能	G O T	IU/I
		白血球	/ul		G P T	IU/I
		血色素量	g/dl		γ-GTP	IU/I
		ヘマトクリット	%		ALP	mg/ml
血糖		空腹時	食後 h	総コレステロール		mg/dl
尿酸		g/dl		中性脂肪		mg/dl
胸部エックス線 直・間 異常 (なし・あり)		尿 酸		H D L		mg/dl
 フィルムNo _____ 年 月 日撮影		検	蛋 白	(- ± + ++ +++)		
		尿	糖	(- ± + ++ +++)		
		尿	ウロビリノーゲン	(正常 ± + ++ +++)		
		尿	潜 血	(- ± + ++ +++)		
心電図 異常 (なし・あり)		HBs 抗 原 (+ -)		HBs 抗 体 (+ -)		
所見		HCV 抗 体 (+ -)		梅毒 反 応 (+ -)		
総合判定 ①健康 ②要観察 ③要精査 ④要治療		備 考		平成 年 月 日		
				所在地 : _____		
				病院名 : _____		
		医 師 _____ 印				