

# 健康診断書

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日          年          月          日 (          才)

既往歴			尿検査	糖	-    +	
				蛋白	-    +	
			貧血	血色素量	g/dl	
				赤血球数	万/mm <sup>3</sup>	
身長			cm	肝機能	GOT	IU/l
体重			kg		GPT	IU/l
視力	右	(          )			γ-GTP	IU/l
	左	(          )		脂質	総コレステロール	mg/dl
聴力	右	(          )			HDLコレステロール	mg/dl
	左	(          )			中性脂肪	mg/dl
色覚			血糖	mg/dl		
胸部 X 線所見	直接		その他検査			
	撮影    年    月    日 No _____					
血圧	~          mmHg		総合所見			
* T-SPOT 検査	陰性    判定保留    陽性					
HBs抗体(CLEIA法)	-    ±    + (抗体価:          )					
* 麻疹 (EIA法)	-    ±    + (抗体価:          )					
* 風疹 (EIA法)	-    ±    + (抗体価:          )					
* 水痘 (EIA法-IgG)	-    ±    + (抗体価:          )					
* ムンプス (EIA法-IgG)	-    ±    + (抗体価:          )					

上記の通り診断致します。

令和    年    月    日

所在地

病院名

医師

印

\*印は任意

※健康診断書は学校で受けたものでも構いません。(3ヶ月以内のものに限る)

なお学校の健康診断書で当院所定用紙の項目を満たさないものについては、追加で受診していただきますようお願い致します。