

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 ³
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