

# 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		
* T-SPOT 検査	陰性    判定保留    陽性		総合所見			
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