


健康診断書

検診年月日 年 月 日

氏名

(男・女)

生年月日 年 月 日生

<p>身長 cm</p> <p>体重 kg</p> <hr/> <p>理学所見</p> <hr/> <p>血圧 mmHg(右・左)</p> <p>視力 右 ()</p> <p style="padding-left: 20px;">左 ()</p> <p>色神</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;">聴力</td> <td style="width: 15%;">1000HZ</td> <td style="width: 15%;">4000HZ</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>右</td> <td>db</td> <td>db</td> <td></td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>db</td> <td>db</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <hr/> <p>胸部レントゲン検査(直接・間接)</p> <p style="padding-left: 20px;">フィルム番号()</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">心胸郭比 %</p> <hr/> <p>心電図</p>	聴力	1000HZ	4000HZ		右	db	db		左	db	db						<p>検尿</p> <p>蛋白 ()</p> <p>糖 ()</p> <p>潜血 ()</p> <p>ウロビリノーゲン ()</p> <hr/> <p>検血</p> <p>血色素 g / dl</p> <p>赤血球 104 / mm³</p> <p>白血球 / mm³</p> <p>ヘマトクリット %</p> <p>血小板 104 / mm³</p> <hr/> <p>血液生化学(空腹時・食後 時間)</p> <p>GOT IU / L</p> <p>GPT IU / L</p> <p>LDH IU / L</p> <p style="padding-left: 20px;">- GTP IU / L</p> <p>クレアチニン mg / dl</p> <p>総コレステロール mg / dl</p> <p>血糖 mg / dl</p> <hr/> <p>既往歴(詳細に記入してください)</p>
聴力	1000HZ	4000HZ															
右	db	db															
左	db	db															

総合判定

検診実施機関

住所

名称

電話

F A X

医師名

