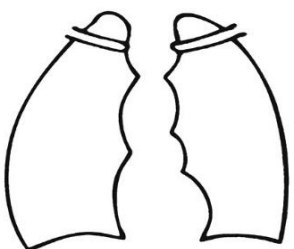


# 健康診断書

社会福祉法人 三松会  
救護施設フルーツガーデン

氏名	生年月日		昭・平	年	月	日				
	年齢	歳	性別	男・女						
現疾患名・障害名										
既往歴										
身長 (cm)	体重 (kg)		血液検査							
血液 (mmHg)							白血球数	×10 <sup>2</sup> /μl		
視力	右	( )					赤血球数	×10 <sup>4</sup> /μl		
	左	( )					ヘモグロビン	g/dl		
聴力	右	所見なし・所見あり ( )					血糖値	mg/dl		
	左	所見なし・所見あり ( )					HbA1c	%		
胸部 X-P	直接・間接 撮影日 年 月 日 (撮影3か月以内でお願いします)						クレアチニン	mg/dl		
	 所見						尿酸	mg/dl		
							肝機能	GOT	IU/l	
								GPT	IU/l	
	γ-GTP	IU/l								
	血中脂質	T-Chol	mg/dl							
HDL-C		mg/dl								
TG		mg/dl								
感染症	HBs									
	HCV									
	梅毒									
結核の有無	無・有		尿検査	蛋白						
心電図			糖							
			潜血							
			皮膚病	(+)・(-)						
(病名)										

医師の意見						
上記のとおり診察します。						
医療機関名			令和 年 月 日			
医師名			印			