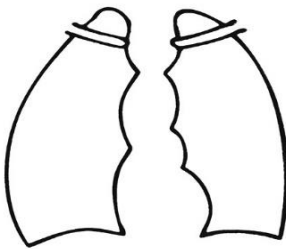


健康診断書

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)							
血压 (mmHg)										
視力	右	()								
	左	()								
聴力	右	所見なし・所見あり ()								
	左	所見なし・所見あり ()								
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)									
										
	所見									
	血液検査							白血球数	$\times 10^2 / \mu\text{l}$	
								血液	赤血球数	$\times 10^4 / \mu\text{l}$
									ヘモグロビン	g/dl
	血糖	血糖値	mg/dl							
		HbA1c	%							
	腎機能	クレアチニン	mg/dl							
		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									
尿検査	蛋白									
	糖									
	潜血									
心電図	(+)・(-)									
	(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

(注)この書式は基本的な健康診断書です。疾患に基づく検査データがありましたら添付してください。