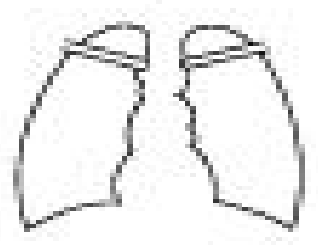


健康診断書

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	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	白血球数 $\times 10^2 / \mu\text{l}$	
血压 (mmHg)					血液	赤血球数 $\times 10^4 / \mu\text{l}$	
視力	右	()			血糖	ヘモグロビン	g/dl
	左	()				血糖値	mg/dl
聴力	右	所見なし・所見あり ()			腎機能	HbA1c	%
	左	所見なし・所見あり ()				クレアチニン	mg/dl
胸部X-P	直接・間接 撮影日 年 月 日 (撮影3カ月以内でお願いします)				肝機能	尿酸	mg/dl
	 所見					GOT	IU/l
						GPT	IU/l
		γ -GTP	IU/l				
		T-Chol	mg/dl				
		HDL-C	mg/dl				
		TG	mg/dl				
		HBs					
	HCV						
	梅毒						
心電図				尿検査	蛋白		
					糖		
					潜血		
				皮膚病	(+)・(-)		
					(病名)		
結核検査	QFT検査 or T-SPOT検査 (血液検査)	(+)・(-) ※検査結果のコピーを添付して下さい					
	所見	※ QFT検査(又はT-SPOT検査)が陽性の場合は結核の発症有無と所見をお願いします。					
医師の意見							
上記のとおり診察します。							
医療機関名			平成 年 月 日				
医師名			印				