

# 健康診断書

新規ご利用に伴い健康診断をお願い申し上げます。

フリガナ	男 ・ 女	昭和・平成		
氏名		年	月	日生
住所				
身長	体重	血圧	腹囲	
cm	Kg	~ mmHg	cm	
病歴				
診断名				
発症： 年 月 日				
既往歴				
現在までの経過				
検査結果 ※3か月以内の結果でお願い致します				
(生化学)	(血算)			
総蛋白	g/dl	赤血球数	万/mm <sup>3</sup>	
アルブミン	g/dl	白血球数	千/mm <sup>3</sup>	
尿素窒素	mg/dl	血色素量	g/dl	
クレアチニン	mg/dl	ヘマトクリット	%	
総コレステロール	mg/dl	血小板数	万/mm <sup>3</sup>	
中性脂肪	mg/dl	(感染症)		
AST(GOT)	U/L	HBs抗原定性	陰性 ・ 擬陽性 ・ 陽性	
ALT(GPT)	U/L	HCV抗体定性	陰性 ・ 擬陽性 ・ 陽性	
γ-GTP	U/L	TPHA定性	陰性 ・ 擬陽性 ・ 陽性	
Na	mEq/l	MRSA		
K	mEq/l	疥癬		
Cl	mEq/l	結核性疾患		
HbA1c	%	皮膚疾患： 無 ・ 有 ( )		
血糖(空腹・随時)	mg/dl	※褥瘡含む(部位： )		
心電図所見	胸部X線撮影(直接撮影： 年 月 日)			
1.異常なし	1.所見なし			
2.異常あり( )	2.所見あり( )			
アレルギー： 無 ・ 有 ※有の場合：薬物( ) 食物( ) その他( )				
予防接種：インフルエンザ( 年 月 日実施) ※冬季入居の方は接種をお願い致します				
上記のとおり診断します。				
令和 年 月 日				
住 所				
医療機関名				
医師氏名				
印				