

健康診断書

(※検査については全項目記入、3か月以内の検査結果、所見をお願いします)

フリガナ							性別		明治・大正・昭和 年　月　日		感染性疾患		結核　検査日		(－・＋)	HCV抗体　検査日		(－・＋)									
氏名							男・女		(　歳)				梅毒　検査日		(－・＋)	MRSA　検査日		(－・＋)									
住所									電話(　　　)				HB s 抗原　検査日		(－・＋)	疥癬　検査日		(－・＋)									
全身状態			身長		体重		BMI		高次脳機能障害 (失語症含む)								聴力障害										
主傷病名									発症日																		
既往歴																		皮膚所見 (褥瘡・湿疹等)									
脈拍		回　(　整　・　不整　)			血圧												言語障害										
胸部レントゲン検査日		異常あり ・ 異常なし ※異常ありの場合はフィルムCDの添付をお願いします								特記事項										精神状態		慢性中毒症状・精神症状・睡眠障害・問題行動等					
心電図検査日		異常あり ・ 異常なし ※異常ありの場合はコピーの添付をお願いします								特記事項																	
血算		白血球				生化学		肝機能		GOT				現在の投薬													
赤血球				GPT																							
ヘモグロビン				中性脂肪																							
ヘマトクリット				総コレステ																							
血小板				HDL-Cho																							
血小				LDL-Cho																							
尿検査		蛋白				腎機能		BUN				上記の通り診断致します 所在地 医療機関名 医師名															
糖				クレアチニン																							
ウロビリノーゲン				代謝				アルブミン																			
ビリルビン								Na																			
PH				検査日		K				⑩ ※検査年月日は必ず記入願います																	
血糖		空腹時 ・ 食後　時間				HbA1c		CRP																			
検査日						BNP																					