

健康診断票

住所					生年月日	昭和 平成	年	月	日生	男 ・ 女
ふりがな 氏名									(満 歳)	
既往症										
身長	cm	体重	kg	血圧	~ mmHg					
視力	左	矯正()		色覚	聴力	左				
	右	矯正()				右				
血液一般検査	WBC	/ μ l	肝機能	GOT(AST)	IU/l	蛋白	TP	g/dl	尿検査	蛋白
	RBC	$\times 10^4$ / μ l		GPT(ALT)	IU/l		A/G比	糖		
	Hb	g/dl		γ -GTP	IU/l	脂質	TC	mg/dl		ウロビリノーゲン
	Ht	%	Cr	mg/dl	腎機能	TG	mg/dl	潜血		
	Plt	$\times 10^4$ / μ l	BUN	mg/dl				沈渣		
胸部X線所見					心電図所見					
総合診断										
上記のとおり 診断します。 平成 年 月 日 検診機関 所在地 機関名 医師氏名 印										