

# 健康診断書

年 月 日実施

ふりがな				男・女	生年月日	年 月 日生			
氏名						( ) 才			
住所	〒				TEL	—			
業務歴			既往症			自覚症状	他覚症状		
身長				cm	赤血球数	(万/ $\mu$ l)	血糖検査	(mg/dl)	
体重				Kg	血色素量	(g/dl)	ヘモグロビンA1C でも代替可		
BMI					GOT	(IU/l)	尿検査	蛋白( ) 糖( )	
腹囲				cm	GPT	(IU/l)	HBs	抗原( )・抗体( )	
血圧				/ mmHg	$\gamma$ -GTP	(IU/l)	下記の感染症(風疹、麻疹、水痘、ムンプス)については、結果が判明している場合のみご記入ください。不明の場合は、空欄で結構です。		
視力	右 ( ) 矯正( )			LDL	(mg/dl)				
	左 ( ) 矯正( )			コレステロール					
聴力	右 1000Hz 1. 所見なし 2. 所見あり 4000Hz 1. 所見なし 2. 所見あり			HDL	(mg/dl)				
	左 1000Hz 1. 所見なし 2. 所見あり 4000Hz 1. 所見なし 2. 所見あり			コレステロール					
				血清	(mg/dl)	風疹	抗体価	検査法	
				トリグリセライド			( ) ( )		
胸部X線検査				心電図検査			麻疹	抗体価	検査法
								( ) ( )	
							水痘	抗体価	検査法
								( ) ( )	
年 月 日撮影 (直接・間接)							流行性 耳下腺炎	抗体価	検査法
								( ) ( )	
上記のとおり診断する。						年 月 日			
住所									
医療機関名									
医師名 _____ 印									

医療機関の方へ  
検査結果のコピーを添付してください。

提出日より3ヶ月以内にとった診断書に限る。

公益財団法人 聖バルナバ病院