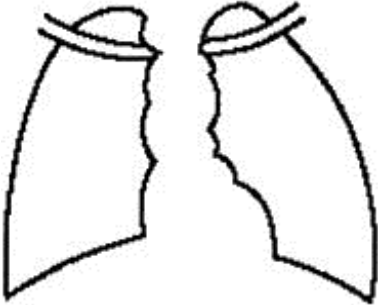


健康診断書

住所					
名前					
生年月日	大正 昭和	年	月	日生	性別 男・女
身長	cm	体重	kg	血圧	mmHg
胸部X線 検査	間接・直接 令和 年 月 日撮影 所見				
					
検査日 月 日	血液検査	総蛋白	ALP	BUN	赤血球
		アルブミン	総コレステロール	クレアチニン	白血球
		Fe	Na	血糖	ヘモグロビン
		AST (GOT)	Cl	HbA1C	ハマトクリット
		ALT (GPT)	K	CRP	血小板
感染症	HBs抗原	(+ ・ -)		HCV抗体	(+ ・ -)
	梅毒	TPHA (+ ・ -)			
	MRSA	(+ ・ -) (痰 ・ 咽頭 ・ 尿)			
尿検査	糖 () 蛋白 () 潜血 ()				
総合所見					
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日					
所在地 医療機関名 医師氏名 印					

※3ヶ月以内のデータの記載をお願いいたします。