

健康診断証明書

No.

フリガナ 氏名		性別	住	〒
生年月日 昭平令 年 月 日		男・女	所	
検診年月日	令和 年 月 日	貧血検査	赤血球数 (万/ μ l)	/
年齢	歳		血色素量 (g/dl)	
業務名		肝機能検査	A S T	/
既往歴		(U/l)	A L T	
			γ - G T P	
喫煙歴		血中脂質検査	中性脂肪	/
服薬歴		(mg/dl)	HDLコレステロール	
自覚症状			LDLコレステロール	
他覚症状		血糖検査	空腹時 (mg/dl)	/
身長 (cm)			食後 (分)	
体重 (kg)		尿検査	糖	- ± + 2+ 3+
腹囲 (cm)			蛋白質	- ± + 2+ 3+
BMI		その他検査		
血圧 (mmHg)	/			
視力	右 ()			
	左 ()			
聴力 (オージオ法)	右:1000Hz 4000Hz			
	左:1000Hz 4000Hz			
胸部エックス線検査 (直接撮影)		心電図検査		
<所見>		/		
撮影日：令和 年 月 日				
<総合判定>				
令和 年 月 日		〒113-0033 東京都文京区本郷6丁目12番5号 TEL 03 (3812) 7360 URL http://www.jiaibyoin.or.jp 一般財団法人 慈愛病院 医師		