

健康診断証明書

No. _____

フリガナ 氏名		性別	住 所	〒 _____
生年月日 昭 平 令 年 月 日		男・女		
検診年月日	令和 年 月 日	貧血検査	赤血球数 (万/ μ l)	
年 齢	歳	肝機能検査	血色素量 (g/dl)	
業 務 名		(U/l)	A S T	
既 往 歴			A L T	
喫煙歴		血中脂質検査 (mg/dl)	γ - G T P	
服薬歴			中 性 脂 肪	
自覚症状			HDLコレステロール	
他覚症状		血 糖 検 査	LDLコレステロール	
身 長 (cm)			空腹時 (mg/dl)	
体 重 (kg)		尿 検 査	食後 (分)	
腹 囲 (cm)			糖	- ± + 2+ 3+
B M I		その他 検査	蛋 白	- ± + 2+ 3+
血 圧 (mmHg)	/			
視 力	右 ()			
	左 ()			
聴 力 (オーディオ法)	右:1000Hz		所見なし 所見あり	
	4000Hz		所見なし 所見あり	
	左:1000Hz	所見なし 所見あり		
	4000Hz	所見なし 所見あり		
胸部エックス線検査 (直接撮影)		心 電 図 検 査		
<所 見>		<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		