

健康診断証明書

No. _____

フリガナ 氏名		性別	住 所	〒	
生年月日 昭和 年 月 日					
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		
喫煙歴		血中脂質検査	γ - G T P		
服薬歴		(mg/dl)	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			蛋白質	- ± + 2+ 3+	
血圧 (mmHg)	/				
視力	右	()	その他検査		
	左	()			
聴力 (オーゾ法)	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>					
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			