

健康診断書

中津川市

氏名 (ふりがな)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日生 (歳)			
・ 胸部エックス線検査 ・ X線直接撮影 年 月 日 投影 No. _____ 異常所見の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ・ 血沈 (1° mm 2° mm) ・ かくたん () ・ 打聴診その他		最高値 ()		血圧 (mg Hg)	最低値 ()	
		貧血検査	血色素量 (g/dl)			赤血球数 (万/m ³)
			肝機能検査	GOT (IU/l)		GPT (IU/l)
		γ-GTP (IU/l)				
		血中脂質検査		総コレステロール (mg/dl)		トリグリセライド (mg/dl)
視力	右 (.)		尿検査	糖	- + - -	
	左 (.)	蛋白		- + - -		
色覚		心電図検査				
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					
	左 1000Hz 1 所見なし 2 所見あり					
	4000Hz 1 所見なし 2 所見あり					
その他の法定検査						
臨床医学的所見						
備 考						
平成 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 医師名						

