

# 健康診断書

フリガナ 氏名	健診年月日		年	月	日	性別	男	女
	生年月日		年	月	日	年齢	歳	
既往症	診断名		概要					
現在の状況	通院/病名		投薬情報					
身長		体重		血圧(mmHg)		/		
一般 状況	歩行障害	なし 杖 歩行器 車いす		貧血 検査	血色素量			
	精神障害	なし あり			赤血球数			
	認知機能	なし あり		肝機 能検 査	AST(IU/L)			
	排泄機能	自立 介助 失禁			ALT(IU/L)			
視力	右	( )		血中 脂質 検査	γ-GTP(IU/L)			
	左	( )			中性脂肪(mg/dL)			
聴力	右 1000Hz	所見あり・所見なし		尿検 査	HDLコレステロール			
	右 4000Hz	所見あり・所見なし			LDLコレステロール			
	左 1000Hz	所見あり・所見なし			血糖検査(mg/dL)			
	左 4000Hz	所見あり・所見なし		糖				
	補聴器	要・不要(右・左)		蛋白				
胸部X線検査 検査結果(所見)	直接・間接 撮影日 年 月 日 異常あり・異常なし 所見		心電図検査		異常あり・異常なし 所見			
医師の指示 及び注意事項								
備考								

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

印