

健康診断書

ふりがな 氏名	性別	男・女	生年月日	M T S	年	月	日	歳
------------	----	-----	------	-------	---	---	---	---

【診断名】

【現病歴】

【既往歴】

【処方内容】

【身長・体重ほか】

身長	cm	体重	kg
体温	°C	血圧	mmHg
		脈拍	回/分

【血液検査・血算】	白血球	/μℓ	心機能	BNP	pg/mL	
	赤血球	×10/μℓ	腎機能	尿酸	mg/dℓ	
	血色素量	g/dℓ		BUN	mg/dℓ	
	ヘマトクリット	%		Cre	mg/dℓ	
	血小板数	×10/μℓ	電解質	Na	mEq/ℓ	
	肝機能	総蛋白	g/dℓ		K	mEq/ℓ
		アルブミン	g/dℓ		Cl	mEq/ℓ
		総ビリルビン	mg/dℓ	糖代謝	血糖値	mg/dℓ
		AST(GOT)	IU/L		(空腹時・食後)	(h)
		ALT(GPT)	IU/L	感染症	HbA1C	%
ALP	IU/L		ワ氏	(-・+)		
LDH	IU/L		TPHA	(-・+)		
γ-GTP	IU/L		HBs抗原	(-・+)		
脂肪	中性脂肪	mg/dℓ		HCV抗体	(-・+)	
	HDLコレステロール	mg/dℓ				
	LDLコレステロール	mg/dℓ				

【尿検査】

蛋白 ()	糖 ()	潜血 ()
--------	-------	--------

【胸部レントゲン】

異常	無	検査日 ()
	有 ()	

【心電図】

異常	無	検査日 ()
	有 ()	

【皮膚疾患】

異常	無	
	有 ()	

【認知症】

診断	(アルツハイマー ・ レビー小体 ・ 脳血管性 ・ その他)		
画像検査	有・無	撮影日 ()	
所見	()		

上記のとおり診断いたします

平成 年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号
医師 氏名

※検査値・レントゲン・心電図はいずれも3ヵ月以内のデータを記載して下さい。