

# 健康診断書

氏名		住所	
性別	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日

身長		cm	体重		kg
血圧	/	mmHg	脈拍		

胸部X-P (所見)	撮影(令和 年 月 日)
心電図 (所見)	

HBs抗原(+)・(-)	HCV抗体(+)・(-)
梅毒 STS法(+)・(-)	TPHA定性(+)・(-)

白血球	赤血球	Hb
PLT	GOT	GPT
ALP	Tch	TP
HbA1c	クレアチニン	血清アルブミン
BUN	LDL コレステロール	HDL コレステロール
血中中性脂肪	クロール	K
Na	CRP	MRSA + -

総合所見
------

令和 年 月 日

医療機関名  
所在地  
医師氏名

印