

# 健康診断書

社会福祉法人 成蹊会 救護施設 桃李園

氏名		生年月日	年	月	日生
		年齢	歳	性別	男・女

現疾患名・障害名

既往症

身長 (cm)		体重 (kg)		血液検査	白血球数	$\times 10^2 / \mu l$		
血压 (mm Hg)					血液	赤血球数	$\times 10^4 / \mu l$	
視力	右	( )			血糖	ヘモグロビン	g/dl	
	左	( )				血糖値	mg/dl	
聴力	右	( )			腎機能	HbA1c	%	
	左	( )				CRE	mg/dl	
胸部X-P	直接・間接 撮影日 年 月 日 (撮影1ヵ月以内でお願いします)				血液検査	BUN	mg/dl	
						肝機能	GOT	IU/l
						GPT	IU/l	
						$\gamma$ -GTP	IU/l	
	所見			血中脂質		T-Cho	mg/dl	
						HDL	mg/dl	
						LDL	mg/dl	
				感染症		HBs抗原	(+). (-)	
	HCV抗体	(+). (-)						
	TPHA	数値: (+). (-)						
RPR	倍 (+). (-)							
※血液検査結果のコピーを添付して下さい								
心電図				尿検査	蛋白	(+). (-)		
					糖	(+). (-)		
					潜血	(+). (-)		
			皮膚病	(+). (-)				
				(病名)				

結核検査	QFT検査 or T-SPOT検査 (血液検査)	(+). (-)	PCR検査 (結核喀痰検査)	(+). (-)
	※結果又はコピーを添付して下さい			
※ QFT検査 (又はT-SPOT検査) が陽性の場合には結核の発症有無と所見をお願いします。				
所見				

医師の意見

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名 印