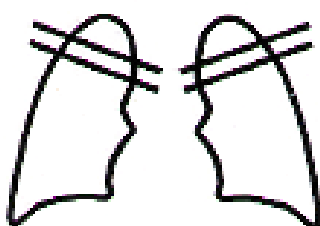


健康診断書

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				白血球数	×10 ² /μl			
				赤血球数	×10 ⁴ /μl			
				ヘモグロビン	g/dl			
視力	右	()		血糖	血糖値	mg/dl		
	左	()			HbA1c	%		
聴力	右	所見なし・所見あり()		腎機能	クレアチニン	mg/dl		
	左	所見なし・所見あり()			尿酸	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	肝機能	GOT	IU/l	
						GPT	IU/l	
						γ-GTP	IU/l	
					血中脂質	T-Chol	mg/dl	
			HDL-C		mg/dl			
			TG		mg/dl			
		感染症	HBs抗原		(+)・(-)			
			HCV抗体		(+)・(-)			
			梅毒ガラス板法		(+)・(-)			
		尿検査	蛋白		(+)・(-)			
		糖	(+)・(-)					
		潜血	(+)・(-)					
心電図				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)	(+)・(-)			
	※検査結果のコピーを添付して下さい ※検査結果の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。								
医療機関名					平成	年	月 日	
医師名					印			