

健康診断個人票

下記のとおり診断いたします

年 月 日

熊本県熊本市北区植木町岩野285-29
熊本市立植木病院

医師

印

氏名	性別		男・女	健診月日	年 月 日	
	年齢		歳	生年月日	年 月 日	
業務歴			貧血検査	血色素量	g/dℓ	
				赤血球数	万/mm ³	
既往歴			肝機能検査	AST	IU/ℓ	
				ALT	IU/ℓ	
服薬歴				γ-GT	IU/ℓ	
				トリグリセライド	mg/dℓ	
喫煙歴			血中脂質検査	HDLコレステロール	mg/dℓ	
				LDLコレステロール	mg/dℓ	
自覚症状			血糖検査(空腹時)		mg/dℓ	
			心電図検査			
他覚症状			胸部エックス線検査	直接撮影		
				No.		
身長			その他決定検査			
体重						
BMI						
腹囲						
血圧	/					
視力	右	()	その他の検査			
	左	()				
聴力	右	1000Hz		1所見なし	2所見あり	医師の診断
		4000Hz		1所見なし	2所見あり	
	左	1000Hz		1所見なし	2所見あり	
		4000Hz	1所見なし	2所見あり	医師の意見	
尿検査	糖					
	蛋白					