

健康診断個人票

ふりがな				生 年 月 日	
氏 名				昭和・平成	年 月 日
住 所				電話番号	
身 長	cm			体 重	kg
BMI		腹 囲	cm	血 圧	/ mmHg
検 血	WBC			尿 検 査	糖
	RBC				蛋白
	Hb				潜血
	Ht				ウロビリノーゲン
生 化 学 的 検 査	GOT	IU/L		胸部レントゲン	
	GPT	IU/L			
	γ-GTP	IU/L			
	T-CHO	mg/dl			
	TG	mg/dl			
				心 電 図	
視 力	右	()	左	()	
備 考					
上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			〒901-211 沖縄県宜野湾市宜野湾3-3-13 医療法人 緑水会 宜野湾記念病院 医師名 _____ 印		