

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				/mm ³	
	RBC				万/mm ³	
	Hb				g/dl	
	Ht				%	
生 化 学 的 検 査				尿 検 査	糖	
					蛋白	
					潜血	
					ウロビリノーゲン	
		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	()		
聴 力	右	1000Hz	dB	4000Hz	dB	
	左	1000Hz	dB	4000Hz	dB	
備 考						
<p>上記の通り診断します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒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</p>						