

健 康 診 断 書

氏名	<small>(ふりがな)</small>	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)			
住所				電話			
現病・既往歴	身長		cm				
	体重		kg				
	血压		/				mm.hg
	視力		右	左			
	血液型						
胸部X線所見	結核治療 (有 ・ 無)		血液検査	白血球数	$\times 10^2 / \mu l$		
				赤血球数	$\times 10^4 / \mu l$		
				ヘモグロビン	g/dl		
				ヘマトクリット	%		
				血小板数	$\times 10^4 / \mu l$		
				総蛋白	g/dl		
				アルブミン	g/dl		
				GOT	U/I		
				GPT	U/I		
				r-GTP	U/I		
備考	必要時PCR検査		血液検査	総コレステロール	mg/dl		
				中性脂肪	mg/dl		
				クレアチニン	mg/dl		
				尿酸	mg/dl		
				血糖	mg/dl		
				ヘモグロビンA1c	%		
				HBs抗原	()		
				HBs抗体	()		
				HCV抗体	()		
				梅毒反応	()		
尿検査			尿検査	蛋白	()		
				糖	()		
				潜血	()		
MRSA			()				
<p>上記のとおり診断いたします。</p> <p style="text-align: right;">住所 _____</p> <p style="text-align: right;">病院名 _____</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日 医師名 _____ (印)</p>							

***入所時必要書類の為必ず、入所前1W迄の郵送お願い致します**