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	万/㎣			蛋白
	Hb	g/dl			潜血
	Ht	%			ｳﾛﾋﾞﾘﾉｰｹﾞﾝ
	血小板	万/㎣		胸部レントゲン	
	MCV	fl			
	MCH	Pg			
	MCHC	g/dl			
生化学的検査	GOT	IU/L			
	GPT	IU/L			
	γ-GTP	IU/L			
	T-CHO	mg/dl			
	TG	mg/dl		心　電　図	
	HDLコレステロール	mg/dl			
	LDLコレステロール	mg/dl			
	血糖	mg/dl			
	尿酸	mg/dl			
	クレアチニン	mg/dl			
	HbA1C	%			
視　力	右　（　）　左　（　）			色　覚	
聴　力	右	1000Hz	dB	4000Hz	dB
	左	1000Hz	dB	4000Hz	dB
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