

# 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	$10^2/mm^3$		尿 検 査	糖
	RBC	万/mm <sup>3</sup>			蛋白
	Hb	g/dl			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	( )	
聴 力	右	1000Hz	dB	4000Hz	dB
	左	1000Hz	dB	4000Hz	dB
備 考					
上記の通り診断します。 令和 年 月 日					
〒901-2211 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					