

# 健康診断個人票

フリガナ				生年月日				
氏名								
住所				性別・年齢	歳			
問診等	既往歴							
	業務歴							
	自覚症状							
	他覚症状							
身長				cm	体重	kg		
BMI	kg/m <sup>2</sup>	腹囲	cm	血圧	/ mmHg			
貧血検査	赤血球(RBC)				万/mm <sup>3</sup>	尿検査	糖	
	ヘモグロビン量(Hb)				g/dl		蛋白	
	ヘマトクリット(Ht)				%		潜血	
	白血球(WBC)				10 <sup>2</sup> /mm <sup>3</sup>		ウロビリノーゲン	
	血小板(plt)				万/μL	胸部レントゲン		
生化学的検査	GOT (AST)				IU/L	心電図		
	GPT (ALT)				IU/L			
	γ-GTP				IU/L			
	血清アミラーゼ(Amy)				IU/L			
	HDLコレステロール				mg/dl			
	LDLコレステロール				mg/dl			
	中性脂肪(TG)				mg/dl	診察所見		
	尿酸(UA)				mg/dl			
	クレアチニン				mg/dl			
	eGFR				(mL/min/1.73m <sup>2</sup> )			
	血糖(グルコース)				mg/dl			
	HbA1c				%			
聴力 <small>(オーディオメーターによる検査)</small>	右	1000Hz			dB			
		4000Hz			dB			
	左	1000Hz			dB			
		4000Hz			dB			
視力	裸眼	右 ( )	左 ( )					
	矯正	右 ( )	左 ( )					
医師の指示及び就業上の注意事項								
上記の通り診断します。  〒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 <span style="float: right;">印</span>								