


健 康 診 断 書

フリガナ 氏 名				生年月日				(歳)			
住 所	〒										
自覚症状	()										
既往歴	()										
現病歴	()										
診察所見	()										
手足の運動障害	()										
結核感染検査 (T-スポット, TB)	結核菌特異的 IFN-γ			白血球	mm ³	赤血球	万/mm ³				
				血色素量	g/dl	ヘマトクリット			%		
				G O T	U/l	G P T			U/l		
身長	cm	標準体重		kg	血 液 検 査						
体重	kg	B M I									
血 圧	/										
視 力	裸眼	右		左							
		矯正	右								左
聴力検査	1000Hz (右/左) /										
	4000Hz (右/左) /										
尿 検 査	蛋 白		糖		胸 部 X 線 検 査 						
	ウロビリノーゲン		潜血								
心 電 図	1. _____				1. _____ 2. _____ 3. _____						
	2. _____										
総 合 所 見											
◇ 家族歴について ◇	氏名	続柄	年齢	健否	現病名	既往症	平成 年 月 日 所在地 名称 担当医師名				

注：国公立・公的病院、大学病院にて受診のこと

水戸済生会総合病院