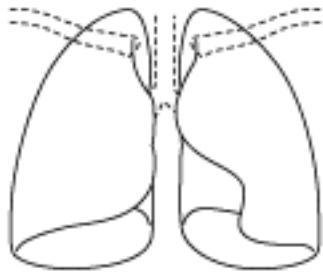


# 健康診断書

氏名							
生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日 ( 歳)		
住所	〒 -		電話( ) -				
現病歴			既往歴				
胸部所見		撮影日	年	月	日		
		(*胸部X-Pは最近3カ月以内に撮影したのものによる所見をお願いします)					
		結核既往	有 ・ 無				
		・肝炎ウイルス	HBS抗原	( - ・ + )			
			HCV抗体	( - ・ + )			
		・梅毒反応	RPR法	( - ・ + )			
			TPHA	( - ・ + )			
				(	年	月	日)
		感染症	血液検査	白血球数			
			赤血球数				
Hb							
HT							
HbA1c							
総蛋白							
BUN							
クレアチニン							
GOT							
GPT							
LDH							
γ-GTP							
検査日	年	月	日				
留意事項							
上記の通り診断する							
令和		年	月	日			
			医師	住所			
				氏名	印		