

身体検査証

ふりがな			男 ・ 女	生年月日	年	月	日	
氏名				検査年月日	年	月	日	
業務歴			貧血	血色素検査(g/dl)				
既往歴	なし	あり ()		赤血球数(万/mm ³)				
自覚症状	なし	あり ()	肝機能	AST(IU/ℓ)				
他覚症状	なし	あり ()		ALT(IU/ℓ)				
身長(cm)				γ-GTP(IU/ℓ)				
体重(kg)			脂質代謝	LDLコレステロール(mg/dl)				
BMI				HDLコレステロール(mg/dl)				
腹囲(cm)				TG(mg/dl)				
血圧(mmHg)			血糖	血糖(mg/dl)				
視力	右	裸眼 矯正 ()		HbA1c(%)				
	左	裸眼 矯正 ()	尿	糖	-	±	+	2+
聴力	右	1 所見なし 2 所見あり		蛋白	-	±	+	2+
	左	1 所見なし 2 所見あり	総合判定					
胸部X線	直接撮影 年 月 日		正常					
	正常 境界域 異常		経過観察 要指導 要医療					
上記のとおり診断します				医療機関住所				
年 月 日				医療機関名				
				医師名				
				印				