

健康診断書

シニアウイル(株)

フリガナ		性別	生年月日	明治・大正・昭和・西暦	
氏名		男 女		年 月 日 (歳)	
住所				電話	
既往歴 (発症時期)					
(認知症)	無・有 (診断名:)				
治療中の疾患				処方薬	
共同生活に 不都合な疾患 (異常行動・ 感染症など)					
身長	体重	血圧・脈拍		mmHg	回/分
アレルギー	なし・あり	・食べ物()			
		・薬 ()			
		・その他()			
尿検査	蛋白	糖	潜血		
血液検査	ワッセルマン	WBC	TP	Cl	GOT
	Hbs抗原	RBC	アルブミン	K	GPT
	HCV抗体	Hb	クレアチニン	※HbA1c	γ-GTP
		Ht	Na	血糖	
※HbA1cは糖尿病のある方のみ					
その他 健康管理上 の注意					
胸部X線所見					
上記のとおり、診断します。					
令和 年 月 日					
所在地					
医療機関					
医師氏名					
®					