

岐阜赤十字病院提出用健康診断書(レジデント)

検査年月日： 令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男 女	年 月 日生 (歳)
住所 (〒 -) Tel		耳鼻科	聴力 右 : 正常 ・ 異常 左 : 正常 ・ 異常
		眼科	視力 右 : () 左 : () (眼鏡・コンタクトレンズ)
身長	cm	体重	kg
血压		/ mmHg	
診察所見	異常 : 無 ・ 有 (異常があれば所見記載)		既往症 ・ 現病歴
	血液		
血液一般:		白血球数	/μl
		赤血球数	/μl
		血色素数	g/dl
		血小板数	/μl
肝機能検査		GOT	IU/L
		GPT	IU/L
		γ-GTP	IU/L
血脂質検査:		総コレステロール	mg/dl
		中性脂肪	mg/dl
血糖(空腹時、随時)			mg/dl
ツベルクリン反応		(陽性 ・ 陰性 ・ 不明)	
実施時期		年 月 頃	
尿	糖 ()	蛋白 ()	潜血 ()
心電図	安静時 異常: 無 ・ 有 (異常があれば所見記載)		判定日 年 月 日 住所 〒 施設名 医師 印
	X線所見		
異常: 無 ・ 有 (異常があれば所見記載)		撮影日 年 月 日	

(注)既往症・現病歴の欄には本人が正確に申告してください。