

身体検査書(2) 医師

氏名	職員 番号	性別		生年月日	年	月	日	歳
				貧血検査	血色素量 (g/dl)			
他覚症状				肝機能検査	赤血球数 (万/mm ³)			
					AST (IU/l)			
					ALT (IU/l)			
既往歴				血中脂質検査	γ-GTP (IU/l)			
					LDLコレステロール (mg/dl)			
					HDLコレステロール (mg/dl)			
				血糖検査 (mg/dl)				
身長	cm			尿検査	蛋白			
体重	kg				糖			
BMI				胸部X線検査	フィルム番号			
腹囲	cm				所見			
血圧 (mmHg)								
視力	右	()		心電図検査	所見			
	左	()						
聴力	右	正常 ・ 異常						
	左	正常 ・ 異常						
医師の 診断・ 意見								

検査の結果、上記のとおり診断します。

令和 年 月 日 医療機関名

医師名

