

健康診断結果記入用紙

フリガナ		性別		生年月日 (西暦)	
氏名		男 / 女		年 月 日	
受診日	年 月 日		胸部 X 線	撮影日	年 月 日
身長	cm			NO.	(直接・間接)
体重	kg			所見	
B M I					
腹 囲	cm		心 電 図		
視 力	右	. (矯正 .)			
	左	. (矯正 .)			
聴 力	右	1000Hz 30dB	正・難		既 往 歴
		4000Hz 40dB	正・難		
	左	1000Hz 30dB	正・難		
		4000Hz 40dB	正・難		
血 圧	/ mmHg				
尿 検 査	蛋白 () 糖 () 潜血 ()				
血 液 検 査	GOT (AST)	IU/l		診 察	
	GPT (ALT)	IU/l			
	γGTP	IU/l			
	HDL コレステロール	mg/dl		便 潜 血	1 回目 () 2 回目 ()
	LDL コレステロール	mg/dl		胃 部 X 線	
	中性脂肪	mg/dl			
	空腹時血糖	mg/dl			
	HbA1c	%		眼 底 検 査	
	尿酸	mg/dl			
	クレアチニン	mg/dl		特定健康診査用確認事項 (40歳以上 74歳未満の私学共済加入者の方) ※ご自身でご記入ください。	
	eGFR	ml/分/1.73 m ²			
	白血球	/μl		自 覚 症 状	
	赤血球	×10 ⁴ /μl			
	ヘモグロビン	g/dl		医 師 に よ る 診 察 の 結 果 (他覚症状)	
	ヘマトクリット	%			
	MCV	fl		服 薬	血 圧 : 有・無
MCH	pg		脂 質 : 有・無		
MCHC	%		糖 尿 病 : 有・無		
血小板	×10 ⁴ /μl		喫 煙	有・無	
血清鉄	μg/dl		飲 酒	1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど飲まない	
医療機関名、住所および電話番号					
医師氏名					