

岐阜赤十字病院提出用健康診断書(研修医)

検査年月日：平成 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男 女	昭和 年 月 日生 (歳)	
住所 (〒 -)		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)		<アレルギー性疾患> 無 ・ 有 ・湿疹(アトピー) ・気管支喘息 ・鼻炎 ・結膜炎 ・その他()	
			<ウイルス性疾患> 麻疹 (済・未) 予防接種 (済・未) 風疹 (済・未) " (済・未) 水痘 (済・未) " (済・未) 流行性耳下腺炎 (済・未) " (済・未) (わかる範囲で結構です。)	
血液	血液一般：		白血球数	/ μ l
			赤血球数	/ μ l
			血色素数	g/dl
			血小板数	/ μ l
	肝機能検査		GOT	IU/L
			GPT	IU/L
		-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)		既往症 ・ 現病歴 <その他の既往症> 循環器系 無 ・ 有 () 呼吸器系 無 ・ 有 () 運動器系 無 ・ 有 () 神経系 無 ・ 有 () 腎泌尿器系 無 ・ 有 () 感覚器系 無 ・ 有 () その他 無 ・ 有 () 現在治療中の病気	
X線所見	異常 : 無 ・ 有 (異常があれば所見記載)		判定日 平成 年 月 日	
	撮影日 年 月 日		住所 〒 施設名 医師 印	

(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。