

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：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 (〒 -) 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)		<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()	
	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 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			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	
		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)		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。