

健康診断書

氏名	男・女	昭和・平成	年	月	日	生	歳	
住所								
* 診断名								
* 既往歴・現病歴								
* 胸部X線				心電図				
身長		cm	体重		kg			
* 検血：RBC		WBC	Hb	Ht	* 肝機能：AST		ALT	γ - G T
* 感染症：HB s 抗原		HCV 抗体	RPR 定性		* 腎機能：BUN		Cre	
* 血中脂質：HDL - cho		LDL-cho	中性脂肪		* HbA1c			
検尿： 蛋白（ ）糖（ ）潜血（ ）				血圧 / mm H g				
聴力： 右（4000 Hz 1000 Hz ）左（4000 Hz 1000 Hz ）								
視力（矯正）： 右（ ）左（ ）								
* 現在の与薬内容				* 禁止および制限食				
その他の事項（P T・O T・S Tの所見等）								

この診断書は新潟県障害者リハビリテーションセンター入所申し込み書添付用です。

* 上記検査は必須項目になります。令和 年 月 日

住 所

医療機関名

医師氏名 科

