

身体検査書

作成年月日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男 ・ 女	昭和 年 月 日

住所 〒

身体障害	区分	異常の有無	
	運動	有	無
	視覚	有	無
	聴覚	有	無
	言語	有	無
その他	有	無	

身長		cm	
体重		kg	
視力	右 ()	左 ()	
聴力	右	左	
血圧		/	

胸部X線写真に基づく診断・所見



心電図異常		有	無
脈拍不整		有	無
アレルギー		有	無

有の場合何に対してのアレルギーですか？

現症	現在治療中の疾病または特に注意すべき事項 (喘息・糖尿・心臓・高血圧・てんかん 発作等記入して下さい。) 疾患名		
	投薬	有	無
	食事療法	要	不要

血液データ

白血球数		ヘマトクリット値	
赤血球数		血小板数	
血色素数			
血沈値	mm / 1H		mm / 2H
GOT		GPT	
r-GTP		総コレステロール	
TG		HDL	
血糖		血液型 (ABO式)	

※血液データは必ず裏面に添付して下さい。

※糖尿病の方はHbA1cもお願いします。

感染データ

HBS		梅毒	(+ -)
抗原	(+ -)	MRSA	(+ -)
抗体	(+ -)	HIV	(+ -)
HCV			
抗体	(+ -)		

処方内容

上記のとおり診断する。

平成 年 月 日

医師氏名 _____ 印

住所 _____