

# 健康診断証明書

フリガナ				住 所	〒 -					
氏名	様 (男・女)				電 話 番 号	- -				
生年月日	大・昭・平	年	月	日生( 歳)						
既往歴					検査実施日 : 年 月 日					
					採血項目	基準値	検査結果値			
自覚症状	貧 血 検 査	血色素量 (g/dl)			M13.5~17.6 F11.3~15.2					
		赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )			M427~570 F376~500					
		ヘマトクリット値 (%)			M39.8~51.8 F33.4~44.9					
眼	視 力	右(裸眼・矯正)		肝 機 能 検 査	AST(GOT) (IU/ℓ)		10~40			
		左(裸眼・矯正)			ALT(GPT) (IU/ℓ)		5~40			
耳	聴 力	検査方法: オージオメーター			γ-GTP (IU/ℓ)		M0~70 F0~30			
		右	1,000Hz		所見 なし・あり	血 中 脂 質 検 査	LDLコレステロール (mg/dl)		70~139	
			4,000Hz		所見 なし・あり		HDLコレステロール (mg/dl)		M40~86 F40~96	
		左	1,000Hz		所見 なし・あり		中性脂肪 (mg/dl)		50~149	
4,000Hz	所見 なし・あり									
身長										
体重	kg (BMI: )									
腹囲	cm									
血圧	/ mmHg			血糖検査 ( 食前 ・ 食後 時間後 ) (mg/dl)						
	/ mmHg									
胸部 X 線 所見				尿検査	糖( ) 蛋白( )					
撮影日: 年 月 日 ( 直・間 ) 異常 ( なし ・ あり )				内科診察所見						
				診察した医師						
				総合判定						
心電図所見				判定した医師						
異常 ( なし ・ あり )										
以上のとおりに証明いたします。				年 月 日						
医療法人社団 碧桐会 国立駅前あき乃クリニック 〒186-0001 東京都国立市北1-7-1-126 TEL 042-580-1255 FAX042-580-1067				医師: <span style="float: right;">印</span>						