

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	_____ / _____		

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。	

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？		

感染 データ	HBS 抗原 (+ -)	梅毒 (+ -)
	抗体 (+ -)	MRSA (+ -)
	HCV 抗体 (+ -)	HIV (+ -)

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

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 _____