

検査科目	健康診断個人票(精密検査用)									
	整理番号			性別	男・女	生年月日	昭和 平成			年 月 日
内	一般検査整理番号									
整	フリガナ氏名		住所							
眼	既往歴									
その他										
現症	(理学的検査)									
	(臨床病理学的検査)									
現	検査年月日		年 月 日		検査年月日		年 月 日			
	白血球数		/mm ³		白血球百分比(%)					
	赤血球数		×10 ⁴ /mm ³		好中球					
	ヘモグロビン(Hb)		g/dl		①桿状核					
	ヘマトクリット(Ht)		%		②分葉核					
	網状赤血球数		‰		好酸球					
	血小板数		×10 ⁴ /mm ³		好塩基球					
	ヘモグロビンA1c		%		単球					
	A S T		IU/l		リンパ球(大小)					
	A L T		IU/l		リンパ芽球					
	γ-G T P		IU/l		後骨髄球					
	C R P		mg/dl		骨髄球					
					前骨髄球					
					骨髄芽球					
症	尿検査	混濁				形質細胞				
		蛋白								
		糖								
		ウロビリノーゲン								
		潜血								
(その他の検査)										
判定	判定年月日				年 月 日					
	異常の有無及び異常があるときは、その症状又は診断名				有 () ・ 無					
治療の要否				要 (入院 ・ 入院外) ・ 否						
担当機関名										
受診者への伝達事項										
担当医師氏名										

※以下は、受診者本人通知用に複写されません。

メ	モ	
---	---	--