

●健診項目当てはまる項目にシ点を入れてください。

☐	身 長	
☐	体 重	
☐	視 力	
☐	聴 力	
☐	心 電 図	
☐	胸 部 レントゲン	
☐	B M I	
☐	血 圧	
☐	白 血 球 数	貧 血 末 梢 血 液 般
☐	赤 血 球 数	
☐	血 色 素 量	
☐	ヘマトクリット	
☐	A S T	肝 機 能
☐	A L T	
☐	γ-GT	
☐	HDL- コレステロール	脂 質
☐	LDL- コレステロール	
☐	中 性 脂 肪	
☐	グ ル コ ー ス	血 糖
☐	尿 中 一 般 物 質 定性半定量検査	尿 検 査
☐	梅 毒	感 染 症
☐	B 型 肝 炎 (H B V)	
☐	C 型 肝 炎 (H C V)	
☐	M R S A	
☐	疥 癬	皮 膚 疾 患

・上記以外必要な項目がある場合はご記入お願いします。