

## 健康診断個人票 (精密検査委託料請求用)

整理番号 \_\_\_\_\_

検査科目	氏名	ふりがな	生年 男・女	明・大・昭 年月日	手帳番号	
内外眼	居住地					
その他	(理学的検査)					
現 血 液 学 的 検 査	(臨床病理学的検査)				判 定	
	項目	年月日	項目	年月日		異常の有無及び異常のあるときは、その症状又は診断名  有・無  治療の要否  (入院) 要　　・　否 (通院)  令和　年　月　日
	白血球数	/mm <sup>3</sup>	好中球	桿状核		
	赤血球数	万/mm <sup>3</sup>	好酸球	分葉核		
	ヘモグロビン	g/dℓ	好塩基球	単球		
	ヘマトクリット	%	リンパ球	リンパ芽球		
	網状赤血球数	‰	後骨髄球	骨髄球		
	血小板数	万/mm <sup>3</sup>	前骨髄球	骨髄芽球		
	ヘモグロビンA1c	%	形質細胞			
	A S T	IU/ℓ	混濁			
	A L T	IU/ℓ	尿蛋白			
	γ-G T P	IU/ℓ	糖			
	C R P	mg/dℓ	ウロビリノーゲン			
	血圧値	最大 mmHg 最小 mmHg	潜血			
	症 そ の 他 の 検 査					
					実 施 場 所 実 施 機 関	
					担 当 医 師	

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。