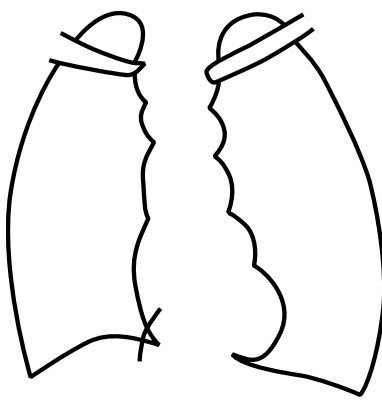


身体検査書

氏名		生年月日	S H	年	月	日	年令	歳	
住所									
障害名									
既往症									
現症病歴									
身長	cm	体重	kg	貧血	赤血球数				万/m ³
視力	右	()		炎症	血色素量				g/dl
	左	()			CRP				mg/dl
聴力	右			栄養状態	アルブミン				g/dl
	左			肝機能	AST(GOT)				IU/I
血圧	mmhg		ALT(GPT)				IU/I		
検尿	蛋白	-・()			γ-GTP				IU/I
	糖	-・()		腎機能	BUN				mg/dl
肺活量(必要時)	ml		血中クレアチニン				mg/dl		
心電図			血中脂質	TG				mg/dl	
				HDL				mg/dl	
				LDL				mg/dl	
胸部X-P			年	月	日	血糖	血糖値		mg/dl
					HbA1C(NGSP)		%		
			感染症	梅毒反応		-	+		
				HBS		-	+		
				HCV		-	+		
				ツ反					
			(処方内容)						
医療機関名									
平成 年 月 日			医師			印			