

※ 以下、受診医療機関で記載してもらうこと。ご自身で転記したものは受けません。

公益社団法人日本山岳ガイド協会 御中

健康診断書

下記の検査内容は過去3ヶ月以内に医師が検査したデータに相違ありません。

フリガナ 氏名		生年 月日	西暦 年 月 日	年 齢	歳	性 別	男 女
現住所	〒 _____ tel: () _____						
既往歴							
現在服用 中の薬							
身長	c m	体重	k g	BMI			
血圧	mmHg			脈拍			

検査項目				
血球検査	赤血球数		血色素量	
	白血球数		ヘマトクリット	
	血小板数			
生化学検査	AST		尿酸	
	ALT		BUN	
	γ-GTP		クレアチニン	
	LDL Chol		血糖	
	HDL Chol		HbA1c	
	中性脂肪			
尿検査	蛋白	糖	潜血	
理学所見				

胸部X線

所見：

CTR _____ %

心電図

総合判定：

施設名：

医師名：

検査日： 年 月 日