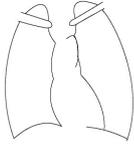


健康診断書 Medical Certificate

住所 Address					
氏名 Name		性別 Sex		生年月日 Date of birth	

身長 Height	・	cm	血圧 Blood pressure	/	mmHg		
体重 Weight	・	kg	検尿 Urinalysis	糖 Sugar	- ± + 卅 卅		
胸囲 Abdominal measurement	・	cm		蛋白質 Protein	- ± + 卅 卅		
言語障害 Speech disturbance	正常・異常有り() None Impaired			潜血 Occult Blood	- ± + 卅 卅		
視力 Eyesight	右R	・ (・)		ウロビリノーゲン Urobilinogen	正常 Normal + 卅 卅		
	左L	・ (・)	貧血 検査 complete blood count	白血球数 White blood cell	/mm ³		
色覚 Color blindness	正常・異常有り() None Impaired			赤血球数 Red blood cell	万/mm ³		
眼疾患 Eye diseases	正 常 None			血色素量 Hemoglobin	g/dl		
	異常有り Impaired ()			血球容積 Hematocrit	%		
聴力 Hearing acuity	右 R	1000Hz	dB	所見 (なし・あり) Observation (None/Abnormal)	肝機能 検査 Liver function	G O T	IU
		4000Hz	dB	所見 (なし・あり) Observation (None/Abnormal)		G P T	IU
	左 L	1000Hz	dB	所見 (なし・あり) Observation (None/Abnormal)		γ -GTP	IU
		4000Hz	dB	所見 (なし・あり) Observation (None/Abnormal)		総コレステロール Total-cholesterol	mg/dl
耳鼻咽喉 疾患 Otolaryngology disease	正 常 None		血中脂質 検査 Lipid Function	HDL-コレステロール HDL-cholesterol	mg/dl		
	異常有り Impaired ()			中性脂肪 Triglyceride	mg/dl		
				血糖検査 Blood sugar	mg/dl		
胸部X線 検査 Chest X-ray	直接撮影 		心電図 検査 Electrocardiogram	正 常 None 異常有り Impaired ()			
フィルム番号	No.	撮影日 Test date	年 月 日	その他の 所見 Others			
血沈 Blood sedimentation	1時間 1hour	mm	/2時間 2hours	mm	判 定	健康 ・ 要注意 ・ 要治療	

上記の通り診断する。

We have made a diagnosis as stated above.

神戸市中央区港島南町2丁目1-1
神戸市立医療センター中央市民病院
TEL: 078-302-4321

年 月 日
YYYY MM DD

医師
Doctor's signature

印