健 康 診 断 書　Medical Certificate

住所 Address			
氏名 Name		性別 Sex	生年月日　yyyy　mm　dd Date of birth:　/　/

身　長 Height		・　cm	血　圧 Blood pressure	/ mmHg	
体　重 Weight		・　kg	検　尿 Urinalysis	糖 Sugar	－　±　＋　＋＋　＋＋＋
腹　囲 Abdominal measurement		・　cm		蛋　白 Protein	－　±　＋　＋＋　＋＋＋
言語障害 Speech disturbance		正常・異常有り(　　) Normal　Impaired		潜　血 Occult Blood	－　±　＋　＋＋　＋＋＋
視 力 Eyesight	右R	・　(　・　)		ウロビリノーゲン Urobilinogen	－　±　＋　＋＋　＋＋＋
	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(　　) Normal　Impaired		赤血球数 Red blood cell	/mm^3
眼 疾 患 Eye diseases		正　常 Normal 異常有り Impaired(　　)		血色素量 Hemoglobin	g/dl
				血球容積 Hematocrit	%

聴 力 Hearing acuity	右 R	1000Hz	dB	所見　(なし・あり) Findings (Normal/Abnormal)	肝機能 検　査 Liver function	ＧＯＴ　IU
		4000Hz	dB	所見　(なし・あり) Findings (Normal/Abnormal)		ＧＰＴ　IU
	左 L	1000Hz	dB	所見　(なし・あり) Findings (Normal/Abnormal)		γ－GTP　IU
		4000Hz	dB	所見　(なし・あり) Findings (Normal/Abnormal)	血中脂質 検　査 Lipid Profile	総コレステロール Total-cholesterol　mg/dl
耳 鼻 咽 喉 疾　患 Otolaryngology disease		正　常 Normal 異常有り Impaired(　　)				HDL-コレステロール HDL-cholesterol　mg/dl
						中性脂肪 Triglyceride　mg/dl

胸部X線 検　査 Chest X-ray	 Findings: Test date	血 糖 検 査 Blood sugar	mg/dl
		心電図 検　査 Electro cardiogram	正　常 Normal 異常有り Impaired(　　)
		その他 の所見 Others	
血　沈 Blood sedimentation	1時間　mm 1hour	判　定	

上記の通り診断する。
We have made a diagnosis as stated above.

Data:　年　月　日
YYYY　MM　DD

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

医師　印
Doctor's signeture