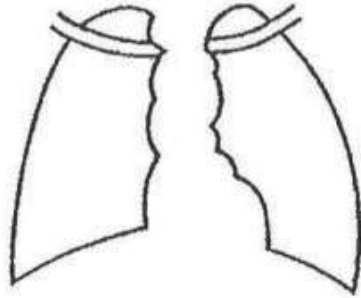


健康診断書

株式会社 ジャパングレイス

名前			申込番号	
生年月日	年	月	日 (満 歳)	性別 男 / 女
住所	〒			
身長			cm	心電図 1. 異常なし 2. 異常あり 所見： ※ 2. 異常ありの場合は 12 誘導心電図のコピーを添付してください
体重			kg	
血圧	/		mmHg	
尿	糖 (- ± + ++ +++) 蛋白 (- ± + ++ +++) 潜血 (- ± + ++ +++)			
血液検査 <small>項目は全て記載をお願いします</small>	白血球数	/ mm ³		胸部 X 線 
	赤血球数	× 10 ⁴ / mm ³		
	ヘモグロビン	g / dl		
	ヘマトクリット	%		
	血小板	× 10 ⁴ / mm ³		
	S-GOT	IU / l		
	S-GPT	IU / l		
	γ-GTP	IU / l		
	BUN	/		
	CRE	/		
	T-cho	/		
	中性脂肪	mg / dl		
	HDL-Cho	mg / dl		
	血糖値 (食後 時間)	mg / dl		
	※ HbA1c (医師が必要と判断した方のみ)			
既往歴 <small>全てご記入ください</small>			処方薬 <small>あれば記載してください</small>	
身体所見				
総合所見 <small>必ずご記入をお願いします</small>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 3 ヶ月半のクルーズ旅行への参加 <input type="checkbox"/> 可 / <input type="checkbox"/> 不可 ・ 年平均気温 3 ~ 12℃以下の地域への訪問 <input type="checkbox"/> 可 / <input type="checkbox"/> 不可 ・ 標高 2000m を超える高地への訪問 <input type="checkbox"/> 可 / <input type="checkbox"/> 不可 ・ 参加にあたっての注意点： 			
上記の通り診断いたします	病院名			
年 月 日	医師		印	

<個人情報の取り扱いについて>

本紙にてご提供いただいた個人情報は、当社および本船診療室にてお客様の健康管理のために使用いたします。お客様の同意なく、第三者へ情報を開示・利用・提供することはありません。