※ 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付けません。

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６ヶ月以内に医師が検査したデータに相違ありません。

ﾌﾘｶﾞﾅ 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　　ｃｍ	体重　　ｋｇ	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	

胸部Ｘ線

所　見：

CTR　　%

心電図

理学所見	

総合判定：

施設名：

医師名：

検査日：　　年　　月　　日

20210915