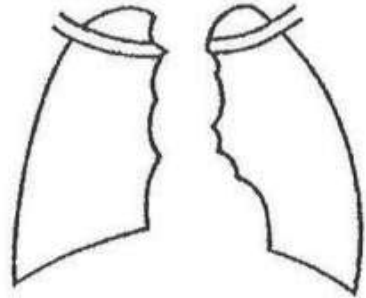


健康診断書

株式会社 ジャパングレイス

病歴にかかわらず、項目はすべて記載をお願いいたします。

名 前				申込番号		
生年月日	年	月	日 (満 歳)	性 別	男 / 女	
身 長	cm			心電図	1. 異常なし 2. 異常あり ↳ 必ず 12 誘導心電図のコピーを添付してください。 所見：	
体 重	kg					
血圧 / 脈拍	/	mmHg	回 / 分			
尿	糖 (- ± + ++ +++) 蛋白 (- ± + ++ +++) 潜血 (- ± + ++ +++)					
血液検査	白血球数			/ mm ³	胸部 X 線	1. 異常なし 2. 異常あり (心臓・肺・その他) 所見： 
	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	.....		mg / dl		
	CRE	.....		mg / dl		
	e-GFR	.....		mg / dl		
	中性脂肪	.....		mg / dl		
	HDL-Cho	.....		mg / dl		
	LDL-Cho	.....		mg / dl		
	血糖値 (食後 時間)			mg / dl		
※ HbA1c.....			%			
(糖尿病のある方は必ずご記入ください)						
既往歴 全てご記入 ください				処方薬 あれば記載 してください		
身体所見						
総合所見 必ずご記入を お願いします	3 ヶ月半の世界一周クルーズ旅行への参加 ☐ 可 / ☐ 不可 (7 ~ 10 日程度の無寄港地区間を含む) ・参加にあたっての注意点があればご記入ください。また、5℃を下回る寒冷地域、および標高 2000m を超える高地への訪問 (数日間) に注意点がある場合もご記入ください。 ・これまでに物忘れ外来等受診された方、認知症の症状を心配されている方、また、要介護認定を受けている方などは、その旨をご記入ください。					
上記の通り診断いたします						
病院名						
住所						
電話番号						
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、本船診療室、および株式会社パリス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。