

健康診断書

氏名						住所	〒 ー				
男・女	明・大・昭	年	月	日	生まれ	歳					
身長		体重		血圧		視力		聴力			
				上		右		右			
cm		kg			mmHg						
				下		左		左			
					mmHg						
尿	蛋白	糖	ウロビリノーゲン	検便		赤痢菌検査	病原性大腸菌				
検血	HB抗原	HCV抗体	Rbc	Wbc	Hb	HT	ワ氏反応				
									(ガラス板・TPHA法)		
胸部X線検査											
既往症	結核性疾患										
	精神病慢性中毒										
	心臓疾患										
	その他疾患										
現在症	結核性疾患										
	その他伝染性疾患										
	精神病慢性中毒										
	心臓疾患										
	その他疾患										
機能障害の有無											
その他の所見											
上記のとおり診断します。					平成 年 月 日						
					住所:						
					病院名 保健所名						
					医師:						