

(様式 2)

健康診断書

氏名		性別	男・女		
生年 月日	明治 大正 昭和	年	月 日 (歳)		
住所					
既往症					
現 応 症	胸部レントゲン所見				
	感染症検査	MRSA	無・有 (部位)		
		結核	無・有 (所見)		
		B型肝炎	無・有 (所見)		
		C型肝炎	無・有 (所見)		
		梅毒	無・有		
	精神疾患および慢性中毒				
	尿検査	糖 ()	蛋白 () ウロビリノーゲン ()		
	皮膚疾患				
	機能障害の有無				
処方薬					
その他の疾患					
身長	c m	体重	k g	血圧	/
視力	右	(.)	左	(.)	

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

所在地

担当医師名

印