

(様式3)

健康診断書

ふりがな		性 男	生年	昭和/平成	年 月 日生	応 募	
氏 名		別 女	月 日		(満 歳)	コース	コース
住 所	〒						
身 長	cm	既往歴		ムンプス 罹患(有 無 不明) ワクチン接種(有 無 不明)			
体 重	kg			麻疹 罹患(有 無 不明) ワクチン接種(有 無 不明)			
血 圧	mmHg			水痘 罹患(有 無 不明) ワクチン接種(有 無 不明)			
胸部X線所見				風疹 罹患(有 無 不明) ワクチン接種(有 無 不明)			
(年 月 日撮影)		BCG接種歴		有 (年 , 不明) ・ 無 ・ 不明			
		ツベルクリン反応		陰性 ・ 陽性 (年 月陽転) ・ 不明			
		その他					
血 液 検 査	血 算	肝機能				潜血 ()	
	WBC	AST				蛋白 ()	
	RBC	ALT		尿検査		糖 ()	
	Hb	γ-GTP					
	Ht						
	PLT						
診察所見							
総合判定							
上記のとおり診断する。							
令和 年 月 日							
住 所							
医療機関名							
医師名 印							