

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		尿検査	潜血 ()	
	WBC	AST			蛋白 ()	
	RBC	ALT			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						