

# 健康診断書

氏名		性別	男・女	生年月日	M T S	年 月 日
住所						
血圧測定	最大値	mmHg	最小値	mmHg		
内科聴打診	1. 異常なし		2. 異常あり( )			
胸部 X 線撮影	1. 異常なし		2. 異常あり( )			
ワッセルマン反応	1. 陰 性		2. 陽 性			
尿 検 査	糖 ( )		たんぱく( )			
HBs 検 査	抗原( )		抗体( )			
HCV 検 査	抗体( )					
その他の 伝染性疾患	1. な し		2. あり( )			
現症及び その他の所見						
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">医療機関名</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">医師名</div>						
(注) 便培養検査等を別途実施したときは、検査結果を別添として診断書には記入する必要はありません。						