|  |
| --- |
| **健　康　診　断　書** |
| 氏名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | ＭＴＳ | 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 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 医療機関名 |
| 医師名 |
| （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。 |