

# 健康診断書

【氏名】 \_\_\_\_\_ (男・女) 【生年月日】 (M・T・S) 年 月 日

【住所】 \_\_\_\_\_

【現病歴】

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

【発病年月日】

年 月 日  
年 月 日  
年 月 日  
年 月 日

【既往歴】

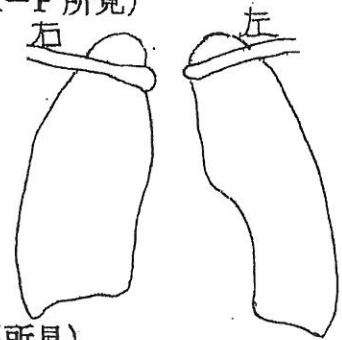
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

年 月 日  
年 月 日  
年 月 日  
年 月 日

【検査】

身長 \_\_\_\_\_ cm  
体重 \_\_\_\_\_ kg  
血圧 \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_  
尿所見 蛋白 (+・-) \_\_\_\_\_  
糖 (+・-) \_\_\_\_\_  
梅毒反応 \_\_\_\_\_  
HCV 型肝炎 \_\_\_\_\_  
HBS 型肝炎 \_\_\_\_\_  
ツベリクリン反応 \_\_\_\_\_  
伝染性皮膚疾患 (有・無) \_\_\_\_\_  
疾患名 ( \_\_\_\_\_ )

(胸部 X-P 所見)



(心電図所見)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

上記のとおり診断する。

平成 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

印