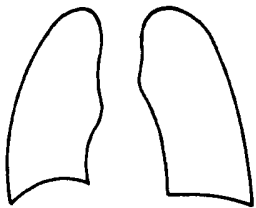


# 健康診断書

採用職種:

患者ID					
フリガナ 氏名			男 女	昭和 平成	年 月 日生
現住所	tel:				
既往歴			検 尿	蛋白	( )
業務歴				糖	( )
				ウロビリノーゲン	( )
				沈渣	
身長			赤血球数		GOT
体重			白血球数		GPT
腹囲			血色素		γ-GTP
視力	左	( 矯正 )	HBS抗原		LDLcho
	右	( 矯正 )	HBS抗体		TG
聴力	左	1000HZ	梅毒定性		血糖検査
		4000HZ			
	右	1000HZ	HCV抗体		
		4000HZ			
血圧			ツベルクリン反応	陰性・陽性( 年 月 日)	
心電図			便培養	/	
			B型肝炎ワクチン接種歴の有無		有・無
	胸部X線所見 直接撮影 令和 年 月 日		その他(自覚症状及び他覚症状の有無の検査)		
					
	所見				
上記のとおり診断いたします。			住所		
令和 年 月 日			医師名 印		