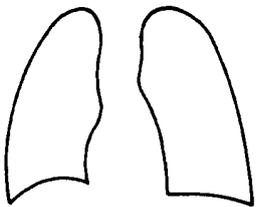


健康診断書

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 ()	
		糖 ()	
業務歴		ウロビリノーゲン ()	
		沈渣	
身長	cm	赤血球数	GOT
体重	kg	白血球数	GPT
腹囲	cm	血色素	γ-GTP
視力	左	矯正 ()	HBS抗原
	右	矯正 ()	HBS抗体
聴力	左	1000HZ	梅毒定性
		4000HZ	
	右	1000HZ	HCV抗体
		4000HZ	
聴力		所見無・所見有	
聴力		所見無・所見有	
血圧	mmHg	ツベルクリン反応	陰性・陽性 (年 月 日)
心電図	便培養	便虫卵	
	B型肝炎ワクチン接種歴の有無		有・無
胸部X線所見	その他 (自覚症状及び他覚症状の有無の検査)		
直接撮影	令和 年 月 日		
			
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	