

(様式第3号)

健 康 診 断 書					
氏 名		性 別	男 女	生年 月 日	明・大・昭 (歳) 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()			
便 培 養 検 査	1 陰 性	2 陽 性 ()			
ワッセルマン反応	1 陰 性	2 陽 性 ()			
尿 検 査	糖 - ± +	蛋白 - ± +			
血 液 型		HBs抗原 ()	HCV抗体 ()		
そ の 他 伝 染 性 疾 患	1 なし	2 あり	()		
現 状 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 印					
(注) 1. 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。					