

# 健康診断書

氏 名		男・女	S・H	年	月	日生			
住 所									
感覚器系 呼吸器系 循環器系 消化器系 神経系 その他	の所見	既往症							
		感染症の有無	HBs抗原 ( - ・ + ) HCV抗体 ( - ・ + ) 疥癬 ( - ・ + ) 結核の既往 ( - ・ + )						
※該当に○印									
血 圧	/ mmHg		血液検査	※血液データを添付してください。					
視 力	左		右		聴 力	左		右	
X 線 所 見	( 直接・間接・透視 )		その他参考となる (事項・意見)	(内服薬の処方がありましたら処方内容のわかるものを添付ください)					
上記のとおり診断します。  年      月      日  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>住 所</span> <span>医療機関名</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>医師氏名</span> <span>Ⓜ</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>連絡先</span> <span></span> </div>									