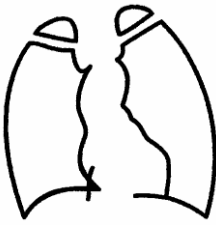


健康診断書

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	明・大・昭	年	月	日生
氏名							
住所							

<検査実施記入欄>

①血液一般(年 月 日実施)	②尿検査(年 月 日実施)
<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 ※結果のコピーを添付して下さい。	糖 (+ ・ -) 潜血(+ ・ -) 蛋白(+ ・ -)
③感染症検査(年 月 日実施)	
HBS抗原(+ ・ -) HCV抗体(+ ・ -) TPHA(+ ・ -) 疥癬(+ ・ -) MRSA (+ ・ -)※部位※ 咽頭・鼻腔・(創分泌液 ※褥瘡がある方のみ)	
④心電図所見(年 月 日実施)	⑤胸部X-P所見(年 月 日撮影)
(異常) なし あり ()	 (異常) なし あり () <結核所見> なし・陳旧性・活動性
⑥その他	
上記の通り診断します。 医療機関名 所在地 電話 年 月 日 医師 氏名	

