

# 健康診断書

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日
現住所	〒 ー Tel ( )		
診断事項			
エックス線検査	エックス線像	身体障害	具体的内容
	直接 間接 撮影年月日 年 月 日 所見		
		アレルギー	無・有 ( )
		感染症	<input type="checkbox"/> 肝炎 ( A・B・C ) <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> その他 ( )
主な既往歴		主な現病歴	
その他特記事項			
診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する			
平成 年 月 日	住所 (所在地) 電話番号 医療機関名 医師の氏名		
	印		