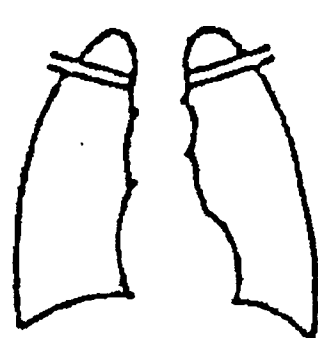


健康診断書

氏名		住所		性別	男 女	生年月日	昭和 平成	年 月 日	(満 歳)
病名				既往症					
父	母	同胞	死亡または病気の場合は詳細に記入すること						
健病亡	健病亡	健病亡							
栄養	う歯	う歯治療	腸内細菌培養検査	-	+	梅毒反応	-	+	+
眼疾患				血液型	O・A・B・AB (Rh式) + -				
耳鼻咽喉				血圧	/ mmhg P				
消化器				身長	cm				
循環器				体重	kg				
神経系				胸囲	cm				
皮膚・泌尿器									
H B s	抗原() 《抗体()》			H C V	抗体()				
肝機能検査	AST ALT γ -GTP								
ツ反応	- ・ 士 ・ +			年 月 陽転	年 月 不明				
B C G	回 最終接種			昭和・平成		年 月 日			
呼吸器	X線所見 異常なし 異常所見 (_____) 理学的所見 異常なし 異常所見 (_____) 血沈 1時間 _____ mm 2時間 _____ mm								
その他									
上記の通り相違ないことを証明します。									
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 住所地 _____ 医師氏名 _____ ㊞									