

健康診断書

フリガナ			生年月日	M・T・S
氏名			年	月 日 (歳)
住所			性別	男・女
既往歴				
現病				
胸部	(異常なし・あり)		心電図	(異常なし・あり)
腹部	(異常なし・あり)		所見 :	
血圧	～ mmHg P		皮膚疾患	(異常なし・あり)
身長	cm	体重	kg	所見 :
栄養の状況				
伝染性疾患	梅毒反応	ガラス板法 (-・+) 凝集法 (-・+) TPHA (-・+)		
	結核	胸部レントゲン撮影 (異常なし・あり)		
	HBs抗原	(-・+)		
	MRSA	(-・+)		
※印の項目は医師の判断により必要に応じて検査していただく項目	※ HCV抗体	(-・+)		
	※ 赤痢菌培養検査	(-・+)		
	※ 疥癬	(あり・なし)		
精神疾患	精神病	(あり・なし) 所見 :		
	アルコール・薬物依存症	(あり・なし) 所見 :		
	認知症	(あり・なし) 長谷川式 点		
注意事項				
上記のとおり診断します。				
平成 年 月 日				
医療機関名称				
所在地				
医師氏名				