

健康診断書

氏名		男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 (歳)
住所	加賀郡吉備中央町 番地				
身長	c m	体重	k g	血液型	型 R h ()
検査種別	1 赤痢菌検査				
	2 梅毒検査				
	3 胸部エックス線検査				
	4 その他 ・他法定伝染病検査 ・循環器検査 (血圧) (その他) ・検尿 ・精神障害 ・H B 抗原 ・その他の感染症検査 (MRSA 等)				
既往歴	現在治療中の疾病	1	発病	年	月 日
		2	発病	年	月 日
	の疾病	3	発病	年	月 日
		4	発病	年	月 日
歴	症状の概要				
医師の所見 (投薬・入通院の必要性等)					
上記のとおり診断します。					
年 月 日					
医療機関 又は 保健所			所在地 名称		
医師氏名					