

健康診断書

フリガナ 氏名			生年月日	年 月 日 (満 歳)
住所	〒 (-)			
身長	cm	体重	kg	
視力	右 . (.)	コンタクト・眼鏡	左 . (.)	コンタクト・眼鏡
色覚	正常・異常 ()			
聴力	右 正常・難聴 ()			
	左 正常・難聴 ()			
既往歴	なし・あり () 外傷 (外傷名:)			
精神的な問題 及び既往	なし・あり ()			
血圧	/ mmHg			
診察所見				
心電図				
検尿	蛋白 ()、糖 ()、ウロビリノーゲン ()			
B型肝炎・麻疹・風疹・ムンプス・水痘に対して予防接種をしているか、または抗体検査が陽性であること。(予防接種をしていなくて抗体が陰性である場合には、予防接種を行うことが望ましい)				
麻疹	抗体 (陽性・陰性) (年 月 日検査)、予防接種 (年 月 日)			
風疹	抗体 (陽性・陰性) (年 月 日検査)、予防接種 (年 月 日)			
ムンプス	抗体 (陽性・陰性) (年 月 日検査)、予防接種 (年 月 日)			
水痘	抗体 (陽性・陰性) (年 月 日検査)、予防接種 (年 月 日)			
B型肝炎	HBs抗原 (陽性・陰性)		HBs抗体 (陽性・陰性) (年 月 日検査) 予防接種 (年 月 日 第 回接種)	
ツベルクリン反応	(2年以内) (検査日 平成 年 月 日)			mm (陽性・陰性)
胸部X線所見 (間接・直接)	No _____			
撮影年月日				
年月日				
異常所見	なし・あり ()			
就業に支障となると思われる異常	なし・あり ()			
施設名 及び住所 担当医氏名	TEL () 印			

記入上の注意事項:(担当医へのお願い)

- ①. 数字は全てアラビア数字(算用数字)を用いて下さい。
- ②. 生年月日など、年月日は西暦を用いてください。
- ③. 既往歴のある場合は、その主なものの病名を()内に記入して下さい。
- ④. 各項とも異常のある場合は、()内に異常を簡潔に記入してください。
例:胸 郭……異常(漏斗胸)
脊 柱……異常(側 彎)
- ⑤. 血液検査・検尿・心電図・胸部X線検査は3ヶ月以内に施行したものの結果を記入して下さい。
- ⑥. 検診の結果について、照合させて頂くことがありますので、カルテ・検査データは1年間保存してください。
- ⑦. 検尿の蛋白・糖は、(-)、(±)、(+)で記入して頂いても結構です。
- ⑧. 記載不備や虚偽の記載がありますと、ご本人に迷惑のかかることがありますので、よろしく御高配ください。
- ⑨. 照会の際に必要となりますので、貴施設名と住所・電話番号を必ずご記入して下さい。
- ⑩. この診断書は、封筒に入れて封印して下さい。