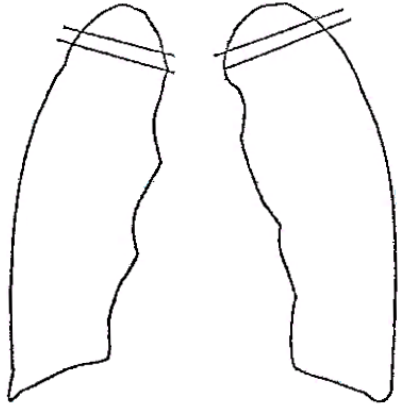


(様式②)

健康診断書

氏名			男・女	年 月 日生 (歳)
住所				
既往歴				
自覚症状				
身長体重	cm		kg	
尿	蛋白(- ± +)		糖(- ± +) 潜血(- ± +)	
視力	右 ()	左 ()	眼疾	
血圧	/ mmHg		胸部X線検査 (間接・直接) 	
循環器				
心電図				
呼吸器				
皮膚				
疥癬	無・有			
梅毒検査*	RPR法	陰性・陽性		
	TPHA	陰性・陽性		
HBs抗原*	陰性・陽性			
HCV抗体*	陰性・陽性			
検便	虫卵	陰性・陽性	赤痢菌	陰性・陽性
	O-157	陰性・陽性	サルモネラ	陰性・陽性
その他 伝染性疾病	無・有 ()			
*陽性の場合定量及び治療効果等の所見検査結果票の添付をお願いします。				
その他所見				
上記のとおり診断します。 平成 年 月 日 医療機関名 担当医師名 (印)				