

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
		3	発病	年	月	日
		4	発病	年	月	日
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						