


## 健康診断書

氏名		男・女	生年月日		年 月 日生 ( 歳)
住所	堺市		電話番号		
既往症					
現症及び病名				感染性皮膚疾患の有無	
定期的に処方されている内服薬・注射薬					
尿検査 (定性)	糖		血液検査	HBS Ag	
	蛋白				
血圧	/			HCV Ab	
身長	cm			梅毒血清反応検査	
体重	kg				
<聴打診上の所見> 胸部   腹部			<胸部X線の所見>   <div style="text-align: center;">  </div>		
入浴	1 可      2 不可				
医師所見及び連絡事項					

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関 所在地  
名称  
医師

—

注意 必要と認められるときは、他の検査結果の添付をお願いします。