

# 健康診断書

日本医科大学付属四病院

フリガナ 氏名	男 女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)
住所	〒 (      )		
身長	.      cm	体重	.      kg
視力	右      (      )	左      (      )	
聴力	右 / 正常・難聴 (      )    左 / 正常・難聴 (      )		
血圧	/      mmHg		
心電図			
検尿	蛋白 (      ) ・ 糖 (      ) ・ 潜血 (      )		
既往歴	無 ・ 有 (      )		
診察所見			
以下の感染症に対する抗体検査 (陰性の場合は、予防接種を行うことが望ましい。)			
麻疹	抗体 (陽性・免疫不十分・陰性) (      年 月 検査)    予防接種 (      年 月 )		
風疹	抗体 (陽性・免疫不十分・陰性) (      年 月 検査)    予防接種 (      年 月 )		
ムンプス	抗体 (陽性・免疫不十分・陰性) (      年 月 検査)    予防接種 (      年 月 )		
水痘	抗体 (陽性・免疫不十分・陰性) (      年 月 検査)    予防接種 (      年 月 )		
B型肝炎	HBs抗体 (陽性・陰性)    検査日      年 月 予防接種 (      年 月 第 回接種)		
胸部X線所見 (間接・直接) No.			
年 月 日 撮影			
異常所見	なし・あり (      )		(3ヶ月以内のもの)
就業に支障となると思われる異常	なし ・ あり (      )		
施設名	上記のとおり診断します。      年 月 日		
所在地・TEL	TEL :      -      -		
担当医師名	印		