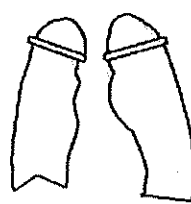


# 健康診断書

日本医科大学付属四病院

|  |  |   |                |
|--|--|---|----------------|
| フリガナ<br>氏名                                 | 男<br>女   | 生年月日  | 年 月 日<br>(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<br>(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<br>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  |   |                |