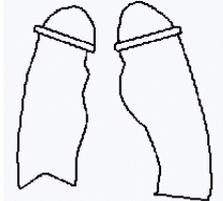


健康診断書

日本医科大学付属病院

フリガナ 氏名	男 女	生年月日	昭和・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		