

健康診断書

受診者 住所 _____
氏名 _____ (男・女)
生年月日 _____ 年 月 日 (_____ 歳)

胸部 X 線 検 査	結核性疾患 無 ・ 有
検 尿	糖 () 蛋白 () その他 ()
血清梅毒反応	RPR法 () TPHA法 ()
H B S	抗原 () 抗体 ()
H C V	抗体 ()
皮膚疾患	
感染性疾患の有無について所見	
既往症	
現在症	
備考	

上記のとおり診断いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

印