(様式②)　　　　　　　健 康 診 断 書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 男 ・ 女 | 　　年 　月 　 日生 （　　 　　歳） |
| 住所 |  |
| 既往歴 |  |
| 自覚症状 |  |
| 身長体重 |  cm |  kg |
| 尿 | 蛋白(－ ± + )　 糖(－ ± + )　 潜血(－ ± + )  |
| 視力 | 右　　　（　　　） | 左　 　（　　　） | 眼疾 |  |
| 血圧 | 　/　　　　　ｍｍHｇ | 胸部Ｘ線検査 ( 間接・直接 ) |
| 循環器 |  | 　　　年　　月　　日撮影 |
| 心電図 |  |  |
| 呼吸器 |  |
| 皮膚 |  |
| 疥癬 | 無　・　有 |
| 梅毒検査\* | ＲＰＲ法 | 陰 性・陽 性 |
| ＴＰＨＡ | 陰 性・陽 性 |
| ＨＢｓ抗原\* | 陰性・陽性 |
| ＨＣＶ抗体\* | 陰性・陽性 |
| 検便 | 虫卵 | 陰性・陽性 | 赤痢菌 | 陰性・陽性 |
| Ｏ-157 | 陰性・陽性 | サルモネラ | 陰性・陽性 |
| その他伝染性疾病 | 無 ・ 有（　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　）  |
| 　　\*陽性の場合定量及び治療効果等の所見検査結果票の添付をお願いします。 |
| その他所見 |  |
| 上記のとおり診断します。 |
| 西暦　　　　年　　月　　日 |
| 医療機関名 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医師名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |