

## 健康診断書

|                                                                                                                                                                                          |                                  |     |       |       |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----|-------|-------|------|
| 氏 名                                                                                                                                                                                      |                                  |     | 生年月日  | 年 月 日 |      |
| 住 所                                                                                                                                                                                      | 市 郡                              |     | 町村・丁目 |       | 番地   |
| 身 長                                                                                                                                                                                      | cm                               | 体 重 | kg    | 血 圧   | mmHg |
| 既往歴                                                                                                                                                                                      |                                  |     |       |       |      |
| 自覚症状                                                                                                                                                                                     |                                  |     |       |       |      |
| 他覚症状                                                                                                                                                                                     |                                  |     |       |       |      |
| 検 尿                                                                                                                                                                                      | 蛋白 ( ) 糖 ( ) 潜血 ( ) ウロビリノーゲン ( ) |     |       |       |      |
| 胸部X線<br>検査                                                                                                                                                                               | 直接 間接                            |     | 所見    |       |      |
|                                                                                                                                                                                          | 令和 年 月 日                         |     |       |       |      |
| フィルム番号 No.                                                                                                                                                                               |                                  |     |       |       |      |
| その他の所見<br>(1)視診<br>(皮膚病・四肢等)<br>(2)聴・打診<br>(3)その他<br>(アレルギー等)                                                                                                                            |                                  |     |       |       |      |
| 総合所見                                                                                                                                                                                     |                                  |     |       |       |      |
| <p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名及び所在地</p> <p style="text-align: center;">医 師 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> |                                  |     |       |       |      |

※上記の項目の診断の結果、別途検査が必要と判断した場合は、当該検査等を行ってください。

また、その場合、検査結果を添付してください。

※アレルギーに関しては問診で構いません。

※こちらの診断書は、派遣決定後、ご提出ください。