※過去1年間に1週間以上の入院歴がある方のみ提出

健康診断書

検査年月日：令和　　年　　月　　日

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男 女	年　月　日生（　歳）
住所　（〒　－　） TEL		耳鼻科	聴力　右：正常・異常 左：正常・異常
		眼科	視力　右：（　） 左：（　） （眼鏡・コンタクトレンズ）
身長　cm	体重　kg	既往症・現病歴	＜アレルギー性疾患＞　無・有 ・湿疹（アトピー）　・気管支喘息 ・鼻炎　・結膜炎 ・その他（　）
血圧　/　mmHg			＜ウイルス性疾患＞わかる範囲で結構です 麻疹（済・未）予防接種（済・未） 風疹（済・未）予防接種（済・未） 水痘（済・未）予防接種（済・未） 流行性耳下腺炎（済・未）予防接種（済・未）
診察所見	異常：無・有 （異常があれば所見記載）		
血液	血液一般：白血球数　/μl 赤血球数　/μl 血色素数　g/dl 血小板数　/μl 肝機能検査　GOT　IU/L GPT　IU/L γ-GTP　IU/L 血脂質検査：総コレステロール　mg/dl 中性脂肪　mg/dl 血糖（空腹時、随時）　mg/dl		＜その他の既往症＞ 循環器系　無・有（　） 呼吸器系　無・有（　） 運動器系　無・有（　） 神経系　無・有（　） 腎泌尿器系　無・有（　） 感覚器系　無・有（　） その他　無・有（　） 現在治療中の病気
ツベルクリン反応 実施時期	（陽性・陰性・不明） 年　月頃		
尿	糖（　）　蛋白（　）　潜血（　）		
心電図	安静時　異常：無・有 （異常があれば所見記載）		
X線所見	異常：無・有 （異常があれば所見記載） 撮影日　年　月　日		判定日　年　月　日 住所　〒 施設名 医師　印

(注)既往症・現病歴の欄には本人が正確に申告してください。