

健 康 診 断 書

体温	℃
----	---

<small>ふりがな</small> 氏名	男・女	年	月	日生 (歳)
住所					
必 須 検 査 項 目			※以下は必要時に実施する項目 (問診・診察等により医師が判断して実施する)		
身長	. c m	※HB s 抗原			
体重	. k g	※H C V 抗体			
視 力 (問診で可)	日常生活に支障 なし ・ あり 右 (), 左 ()	※胸部X線 所見	異常なし 異常あり 異常ありの場合の所見 [
聴 力 (問診で可)	日常生活に支障 なし ・ あり				
感染性 皮膚疾患 水いぼ・とびひ等		※感染性 腸内細菌	サルモネラ () 赤痢 () 病原性大腸菌 O 1 5 7 ()		
特記事項					
医師の意見 (総合所見)	集団生活することに 支障はない ・ 要注意 ・ 要治療 [

上記のとおり診断します。

年 月 日	住所 医療機関名 医師氏名
-------------	---------------------

⑨