

# 健康診断書

氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所			電話 ( )
既往歴			
現在の治療状況(服薬状況等)			
診断項目等	(1) 結核喀痰検査(塗抹検査)又は胸部X線撮影	陽性 / 陰性	
	(2) 梅毒反応検査(TPHA定性試験)	陽性 / 陰性	
	(陽性の時定量試験が必要)	<input type="checkbox"/>	
	(3) B型肝炎(HBs抗原検査)	陽性 / 陰性	
	(HBsが陽性の時HBe抗原検査が必要)	<input type="checkbox"/>	
	(4) C型肝炎(HCV抗体検査)	陽性 / 陰性	
	(5) 疥癬	有 / 無	
(6) MRSA	陽性 / 陰性		
血圧	/	mmHg	アレルギー 無 ・ 有( )
認知症	無 ・ 有 ( 軽 ・ 中 ・ 重 )		
その他			
上記のとおり診断します。			
平成 年 月 日			
医療機関名			
医師氏名 印			