

健康診断書						
ふりがな 氏名	男 女		生年月日			
			昭和 年 月 日			
住所						
既往歴	なし	血圧		最高	最低	
	肺結核 昭和 年 平成 年			mmHg mmHg		
肝炎 昭和 年 平成 年	X 線 所 見	撮影 年月日	令和 年 月 日 直接 間接			
その他 ()		所見	異常なし 要精密			
検尿	蛋白 - ± + ++ +++					
	糖 - ± + ++ +++					
ウロビリノーゲン	正常 異常					
感染症に関する抗体価 検査結果	疾患名 (俗称)	麻疹 (はしか)	風疹 (3日はしか)	水痘症 (みずぼうそう)	流行性耳下腺炎 (おたふく風邪)	B型肝炎
	抗体名称	麻疹IgG	風疹IgG	VZV IgG	ムンプスIgG	HB-s抗原 HB-s抗体
	検査法	(E I A)	(E I A)	(E I A)	(E I A)	(CLIA) (CLIA)
	検査年月日					
	検査値 ※数値記載					
麻疹：PA法・風疹：HI法・水痘：IAHA法でも可						
現在問題 となる症 状・所見						
上記のとおり診断する						
令和 年 月 日		所在地				
		施設名				
		医師名		印		

(注)・該当事項は○で囲むこと。
 ・令和元年度中に同等の健康診断をすでに受診している場合は、その結果の写しでも可とする。
 ※勤務先での健康診断の写しでも可。ただし上記項目は含むこと。診断先も記載されていること。