

健康診断書

氏名			生年月日	平成	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 検査	直接	間接	令和	年	月	日	所見
	フィルム番号	No.					
その他の所見 (1)視診 (皮膚病・四肢等) (2)聴・打診 (3)その他 (アレルギー等)							
総合所見							
上記のとおり相違ありません。							
令和 年 月 日							
医療機関名及び所在地							
医師名							
印							

※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下さい。

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。