

## 健康診断書

氏名			生年月日	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		所見
	令和	年 月 日			
	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。					
年 月 日					
<u>医療機関名及び所在地</u>					
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ください。

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。