

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					
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名及び所在地</p> <p style="text-align: center;">医 師 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>					

※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。