

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 令和 年 月 日 フィルム番号 No.	間接 所見			
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。