

健康診断書

氏名	
生年月日	S・H 年 月 日生まれ(才) 男・女
住所	
現病歴	
既往歴	
内科聴打診	1 異常なし 2 異常あり ()
胸部X線撮影	1 異常なし 2 異常あり ()
B型肝炎※	
C型肝炎※	
その他の伝染性疾患の有無	1 有() 2 無
その他所見	

※の付いた項目は、初回提出時のみ必須

上記の様に診断します

年 月 日

医療機関名

医師名