

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 ()
便培養検査	1 陰性 2 陽性 (赤痢・サルモネラ)
B型肝炎	
C型肝炎	
その他の伝染性疾患の有無	

上記の様に診断します

年 月 日