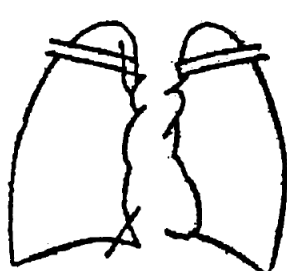


健康診断書

氏名	男女	生年月日	昭和 平成	年	月	日		
住所	〒 -							
視力	右左 : (:) : (:)							
聴力	右 1000Hz	正常・異常	4000Hz	正常・異常				
	左 1000Hz	正常・異常	4000Hz	正常・異常				
胸部 X 線	直接 <div style="text-align: center;">  </div> 所見							
精神科的問題	なし・あり ()							
麻薬常習	なし・あり							
麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎の既往歴、予防接種歴								
麻疹	既往歴(あり・なし)	予防接種歴(あり(年 月 日)・なし)						
風疹	既往歴(あり・なし)	予防接種歴(あり(年 月 日)・なし)						
水痘	既往歴(あり・なし)	予防接種歴(あり(年 月 日)・なし)						
流行性耳下腺炎	既往歴(あり・なし)	予防接種歴(あり(年 月 日)・なし)						
結核 ※検査を実施していれば記載してください								
ツベルクリン反応	検査日	年	月	日	陽性	・ 陰性	・ 不明	
QFT検査	検査日	年	月	日	陽性	・ 判定保留	・ 陰性	・ 不明
T-SPOT検査	検査日	年	月	日	陽性	・ 判定保留	・ 陰性	・ 不明
平成 年 月 日								
住所								
病院名								
担当医師名						印		