

# 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  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	
令和 年 月 日						
住所						
病院名						
担当医師名					印	