

看護職員

健康診断書

氏名		生年月日 昭和・平成	年	月	日生
住所					
身長	cm	※ツベルクリン反応	陽性	年	月
体重	kg		陰性		
視力	右 . (.) 左 . (.)	※B C G 接種	最終接種	年	月
色覚	右 左	胸部レントゲン	間接	所見あり	
聴力	右 左			所見なし	
血圧	mmHg～ mmHg			治療発見	
既往症	特になし あり	所見	直接	要精密検査	
診察所見			E C G 所見		
尿検査	蛋白 糖 ウロビリノーゲン 潜血	血液検査	赤血球 白血球 血色素 血小板	ヘマトクリット	
肝機能検査	GOT HBs抗原	血糖			
	GPT HBs抗体 γ-GTP HCV抗体	血中脂質検査	総コレステロール 中性脂肪 HDL-コレステロール		
総合所見及び特記事項					
上記のとおり診断します。		平成	年	月	日
		所在地			
		名称			
		医師	印		

※印については任意項目です。