

## 健康診断書

氏名			生年月日	平成 年 月 日
住所	市郡		町村・丁目	番地
身長	cm	体重	kg	
ツ反	陽性 / 陰性 (*陰性の場合:平成 年 月 日BCG接種済み)			
既往症				
検尿	蛋白 ( ) 糖 ( ) 潜血 ( ) ウロビリノーゲン ( )			
診察所見				
頭頸部				
胸部, 腹部				
四肢, 運動器				
皮膚				
その他の所見				
総合所見				
上記のとおり相違ありません。				
平成 年 月 日				
保健所(病院)名				
医師名				
印				