


## 健康診断書(後期臨床研修応募用)

検査年月日：平成 年 月 日

フリガナ				性別		男 女	
氏名							
生年月日		西暦 年 月 日		日生 (満 才)			
身長	cm	体重	kg	耳	聴力	右	左
血压	/		mmHg		耳疾		
既往歴・現病歴							
ツベルクリン反応 実施時期		(陰性・陽性・不明) 西暦 年 月		胸部X線撮影：平成 年 月 日 異常：無・有 (異常があれば記載)			
尿一般	潜血 ( )	視力	右： ( )				
	蛋白 ( )		左： ( )				
	糖 ( )		眼鏡・コンタクトレンズ				
抗体価検査実施日		抗体価記入	予防接種	予防接種実施日			
麻疹	西暦 年 月 日	(++)	有・不明	1回目：西暦 年 月 日	自然罹患歴：有・不明		
	検査法：		有・不明	2回目：西暦 年 月 日	不明・西暦 年 月 日		
風疹	西暦 年 月 日	(++)	有・不明	1回目：西暦 年 月 日	自然罹患歴：有・不明		
	検査法：		有・不明	2回目：西暦 年 月 日	不明・西暦 年 月 日		
水痘	西暦 年 月 日	(++)	有・不明	西暦 年 月 日	自然罹患歴：有・不明		
	検査法：					不明・西暦 年 月 日	
ムンプス	西暦 年 月 日	(++)	有・不明	西暦 年 月 日	自然罹患歴：有・不明		
	検査法：					不明・西暦 年 月 日	
B型肝炎	西暦 年 月 日	( ) Index	有・不明	1回目：西暦 年 月 日	抗原( )Index		
			有・不明	2回目：西暦 年 月 日			
			有・不明	3回目：西暦 年 月 日			
総合所見：							

(注)既往症・現病歴については本人により診断医に正確に申告して下さい。X線は3ヶ月以内のもの。

上記のとおり相違ないことを証明いたします。

(※公印なきものは無効)

平成 年 月 日

住所 〒 -

施設名

医師名

印