

# 健康診断書

※太枠内は本人が記入してください。

(十和田市病院事業職員採用試験用)

氏名	性別 男 女	生年月日 昭和 年 月 日 平成	年齢
住所			
既往症 (かかった事のある病気を○で囲み、年齢を記入) ・肺結核 ( 歳)    ・喘息 ( 歳)    ・心臓病 ( 歳)    ・糖尿病 ( 歳) ・その他 [ ( 歳) ] ( 歳)			
ワクチン歴		※抗体価は、分かる方のみご記入ください。	
・麻疹	罹患歴〔有( 年頃)・無・不明〕	ワクチン歴〔有( 年頃)・無・不明〕	抗体価( )
・風疹	罹患歴〔有( 年頃)・無・不明〕	ワクチン歴〔有( 年頃)・無・不明〕	抗体価( )
・ムンプス	罹患歴〔有( 年頃)・無・不明〕	ワクチン歴〔有( 年頃)・無・不明〕	抗体価( )
・水痘	罹患歴〔有( 年頃)・無・不明〕	ワクチン歴〔有( 年頃)・無・不明〕	抗体価( )
・HBV	ワクチン歴〔有( 年頃) _____ 回・無・不明〕		
身長	cm	貧血	血色素量
体重	kg		赤血球数
血圧	~ mmHg	肝機能	GOT
視力 ( )内矯正	右 ( ) 左 ( )		GPT
聴力	右 左		γ-GTP
心電図所見		脂質	総コレステロール
			トリグリセライド
			糖 蛋白 潜血
胸部X線所見	直接・間接 No. _____	医学的所見	
		就労上の 注意事項	
平成 年 月 日			
所在地 病院名 医師名			
			⑩