

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 平成 年 月 日	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			
			(印)