医療法人秀和会

健康診断書（臨床研修医応募用）

検査年月日：西暦　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ		性　別	男　　女
氏　　名			
生年月日	西暦　　年　　月　　日生　（満　　才）		

身長	cm	体重	kg	耳	聴力	右　　左
血圧	／　　mmHg				耳疾	

既往歴・現病歴	
ツベリ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：西暦　　年　　月　　日
異常 ： 無・有 （ 異常があれば記載 ）

尿一般	潜血（　　） 蛋白（　　） 糖　（　　）	視力	右：　（　　） 左：　（　　） 眼鏡 ・ ｺﾝﾀｸﾄﾚﾝｽﾞ

	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　　㊞