

健康診断票



志願者	ふりがな 氏名	昭和 平成	年	月	日生 (満 歳)	性別 男
	現住所					
主な既往症	現在罹患		病名			
	自覚症状		発見 年 月 日			
身体計測	身長 c m			体重 k g		
血圧	収縮期 (最高) mm H g			拡張期 (最低) mm H g		
尿検査	蛋白			糖		
結核症	現在	無 / 有	最終ツ反 年 月			
	過去	無 / 有	(++) (+) (+-) (-)			
	発病	年 月 日	最終 B.C.G 年 月			
	治療	年 月 日	ツ反陽性転化 年 月			
胸部 X 線検査	間接 直接		撮影 年 月 日			
	所見					
医師の診断						
総合所見及び 生活上の注意	修学及び共同住宅内での集団生活					
	可 / 要注意 / 不可					
上記の通り相違ありません。						
平成 年 月 日						
医療機関名						
医師の氏名 印						