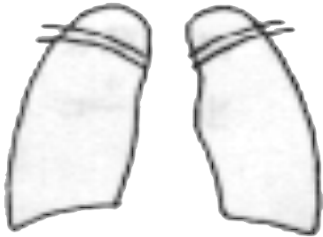


健康診断証明書

フリガナ氏名		男 女	生年月日	昭和 平成	年	月	日生 (歳)
現住所	〒						
診断事項							
身長	cm			体重		kg	
エックス線検査	エックス線像			視力	右	()	
	直接撮影日 年 月 日				左	()	
				聴力	右	1,000Hz	
					左	1,000Hz	
				右	4,000Hz		
				左	4,000Hz		
所見			検尿	蛋白			
				糖			
			血圧		～ mmHg		
その他の疾病及び異常(含既往症)	【感染症に関する項目】 麻疹 罹患(有 歳・無・不明); 抗体(陽性・陰性: 年 月 日検査); ワクチン接種(有 年 月 日・無) 風疹 罹患(有 歳・無・不明); 抗体(陽性・陰性: 年 月 日検査); ワクチン接種(有 年 月 日・無) ムンプス 罹患(有 歳・無・不明); 抗体(陽性・陰性: 年 月 日検査); ワクチン接種(有 年 月 日・無) 水痘 罹患(有 歳・無・不明); 抗体(陽性・陰性: 年 月 日検査); ワクチン接種(有 年 月 日・無)						
総合評価							

※感染症に関する項目については、健康管理・感染症対策の見地から記載していただくものです。
 抗体が不明な場合には抗体検査を、抗体陰性者にはワクチン接種を勧奨しています。

【内容についてのお問い合わせは、産業医科大学健康管理センター 093-691-7364(直通)までお願いします。】

診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。

平成 年 月 日

所在地 〒

医療機関名

医師名

印