（様式５）

**健 康 診 断 書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 |  | | | | 生年月日 | | | | 年　 　月　 　日 | |
| 住 所 | 市郡　　　　　　　町村・丁目 　　　　 　　番地 | | | | | | | | | |
| 身 長 | cm | | 体 重 | kg | | | 血　圧 | | | mmHg |
| 既往歴 |  | | | | | | | | | |
| 自覚症状 |  | | | | | | | | | |
| 他覚症状 |  | | | | | | | | | |
| 検 尿 | 蛋白（ 　）　糖（ 　 ）　潜血 (　　)　 ウロビリノーゲン(　　) | | | | | | | | | |
| 胸部X線 検査 | 直接　　　　　間接 | | | | | 所見 | |  | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日  フィルム番号　　No. | | | | |
| その他の所見 (1)視診  (皮膚病・四肢等)  (2)聴・打診  (3)その他 (アレルギー等) | |  | | | | | | | | |
| 総合所見 | |  | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。  　　　年　　　月　　　日  　　　　 医療機関名及び所在地  　　　 　 　 医 師 名　　　　 　 　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | |

　※**上記の項目の診断の結果、別途検査が必要と判断した場合は、当該検査等を行ってください。**

**また、その場合、検査結果を添付してください。**

※**アレルギーに関しては問診で構いません。**

　　　※**こちらの診断書は，派遣決定後，ご提出ください。**