


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 (直接・間接どちらでも可)		視力	右	()
	撮影日 年 月 日			左	()
			聴力	右	1,000Hz
				左	4,000Hz
			検尿	蛋白	
糖					
所見			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先：産業医科大学健康管理センター 093-691-7364(直通)】

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