（別紙５）

 **健 康 診 断 書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  氏 名 |  |  生年月日 |  平成　 　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。 令和　　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下さい。**

**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。**