

(様式)

健 康 診 断 書

| | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------|----|---|------|-------|
| 氏 名 | | | | 男 ・ 女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 住 所 | | | | | | |
| 身 長 | cm | 肺 活 量 | cc | 色 覚 | 正常 | 異常 |
| 体 重 | kg | | | 聴 力 | 右 正常 | 異常 |
| 視 力 | 右 矯正 () 左 矯正 () | | | | 左 正常 | 異常 |
| | ※眼鏡等使用者については、矯正視力のみ測定 | | | 眼 疾 | 無 | 有 |
| 血 圧 | 最高 | mmHg | | 耳 疾 | 無 | 有 |
| | 最低 | mmHg | | 鼻・咽頭 | 異常なし | 異常 |
| 血 沈 | 1 時間 | mm | | 皮 膚 | 異常なし | 異常 |
| | 2 時間 | mm | | 運動障害 | 異常なし | 異常 |
| 尿 検 査 | 蛋 白 | － 土 + 卅 卅 | | 循 環 器 | 異常なし | 異常 |
| | 糖 | － 土 + 卅 卅 | | 呼 吸 器 | 異常なし | 異常 |
| | ウレリノーゲン | 減少 正常 異常 | | その他の疾 病 | | |
| | 潜 血 | － 土 + 卅 卅 | | 主 な 既往 歴 | | |
| X線 間接 No. _____ 所見 | | | | 総合所見 | | |
| | | | | 判 定 <input type="checkbox"/> 要精密 (検査項目) <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 異常なし | | |
| | | | | 就業上の注意 | | |
| | | | | | | |
| 上記のとおり診断する。 | | | | 医 療 機関名 | | |
| 令和 年 月 日 | | | | 医 師 | 印 | |

※記入の必要はありません。

職 種

受験番号

(注) 貴所 (院) の封筒に入れて封印のうえ、受診者にお渡し下さい。