

(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。