

# 健康診断書

氏名	性別	生年 月 日	平成 年 月 日 ( 才)
	男・女		
住所			
主な既往歴		自覚症状	
打聴診所見		計測及び簡単な検査	
血圧最大 mmHg ・ 血圧最小 mmHg		身長	cm
		体重	kg
		胸囲	cm
胸部X線写真 所見 異常なし 異常あり		視力	
間接 直接		裸眼 ( ) は矯正	
No. _____		右 ( )	
		左 ( )	
撮影年月日		両眼 ( )	
平成 年 月 日		※必ず、両眼の視力を測定願います。	
その他の所見		色覚 (赤色・青色・黄色の識別) 可能 ・ 不可能	
		※色覚について、自動車運転免許所有者は 検査の必要ありません。	
摘要		尿検査	
1. 勤務に支障がない。		蛋白	( )
2. その他		糖	( )
		ウロビリノーゲン	( )
上記のとおり診断いたします。 受診機関名			
平成 年 月 日			
医師氏名			印