

# 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	
胸部X線写真 所見 異常なし 異常あり		体重 kg	
間接 直接		胸囲 cm	
No. _____		視力	
撮影年月日		裸眼 ( ) は矯正	
平成 年 月 日		右 ( )	
		左 ( )	
		両眼 ( )	
		※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	
摘要 1. 勤務に支障がない。 2. その他		尿検査	
		蛋白 ( )	
		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	