

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 ()	
撮影年月日		左 ()	
令和 年 月 日		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	
		※色覚について、自動車運転免許所有者は、 検査の必要はありません。	
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			
令和 年 月 日			
医師氏名			印