

# 健康診断書

氏名		性別	生年	平成 年 月 日 ( 才)
		男・女	月 日	
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。			尿検査	
2. その他			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				