

# 健 康 診 斷 書

|                      |             |           |    |         |            |          |  |
|----------------------|-------------|-----------|----|---------|------------|----------|--|
| ふりがな                 |             |           |    | 生年月日    | 平成 年 月 日 生 |          |  |
| 氏名                   |             |           |    | 年齢      | 歳          |          |  |
| 住所                   |             |           |    |         |            |          |  |
| 既往歴                  |             |           |    |         |            |          |  |
| 自覚症状                 |             |           |    |         |            |          |  |
| 他覚症状                 |             |           |    |         |            |          |  |
| 身長                   | cm          |           |    | 体重      | kg         |          |  |
| 視力<br>(矯正含む)         | 両眼          | 右眼        | 左眼 | 胸囲      | cm         |          |  |
|                      |             |           |    | 血圧      | ~ mmHg     |          |  |
| 色覚                   | 正常          | 異常(赤・青・黄) |    |         | Hb         |          |  |
| 聴力検査                 | 右           |           |    |         | 貧血検査       | Ht       |  |
|                      | 左           |           |    |         |            | RBC      |  |
| 尿検査                  | 蛋白          |           |    | 糖       |            | ウロビリノーゲン |  |
| 胸部<br>X線<br>検査       | 判定          |           |    | (直接・間接) |            |          |  |
|                      | A 異常なし      |           |    |         |            |          |  |
|                      | B 所見あるが心配なし |           |    |         |            |          |  |
|                      | C 要再検       |           |    | 所見      |            |          |  |
|                      | D 要精検       |           |    |         |            |          |  |
| 心電図                  | 所見          |           |    |         |            |          |  |
| 判定及び<br>指示           |             |           |    |         |            |          |  |
| 就業上の<br>注意事項<br>その他の |             |           |    |         |            |          |  |
| 医療機関の名称及び医師氏名印       |             |           |    |         |            |          |  |
| 平成 年 月 日             |             |           |    |         |            |          |  |
| 医療機関名                |             |           |    |         |            |          |  |
| 医師名                  |             |           |    |         |            |          |  |
| 印                    |             |           |    |         |            |          |  |