

健康診断書

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 (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)		貧血検査	Hb			
聴力検査	右				Ht			
	左				RBC			
尿検査	蛋白		糖		ウレリ ノーゲン			
胸部 X 線 検 査	判定		(直接・間接)					
	A 異常なし		所見					
	B 所見あるが心配なし							
	C 要再検							
	D 要精検							
心電図	所見							
判定及び 指示								
就業上の 注意事項 その他								
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				