

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	c m			体 重	k g
視 力	両 眼	右 眼	左 眼	胸 囲	c m
(矯正含む)				血 圧	~ m m H g
色 覚	正常	異 常 (赤・青・黄)		貧血検査	H b
聴力検査	右				H t
	左				R B C
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					