

健 康 診 断 書

ふりがな				生年月日	平成	年	月	日生	
氏名				年齢					
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									
年 月 日									
医療機関名									
医 師 名									
印									