

健康診断書

氏名			男・女	生年月日	年 月 日
住所					
身長	cm		運動障害	無 有 ()	
体重	kg		主な	無	
視力	右 矯正 ()		既往症	有 (歳 病名)	
	左 矯正 ()			無	
※眼鏡等使用者については、矯正視力のみ測定			その他	有 (病名)	
血圧	最高	mmHg	特記事項	修業上・就業上の注意 (例：長時間の立ち作業は困難である。)	
	最低	mmHg			
尿検査	蛋白	— + ++ +++			
	糖	— + ++ +++			
	潜血	— + ++ +++			
色覚	正常 異常 ()				
聴力	右 正常 異常 ()		総合所見		
	左 正常 異常 ()				
耳症	無 有 ()				
眼症	無 有 ()				
上記のとおり診断する。				医療機関名	
令和 年 月 日				医師 印	

(注) 貴機関の封筒に入れて封印のうえ、受診者にお渡しください。

○ で囲むこと→

推薦	一般	再募集
----	----	-----