

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 () ※眼鏡等使用者については、矯正視力のみ測定			無	
血圧	最高 mmHg		その他	有 (病名)	
	最低 mmHg			特記事項	
尿検査	蛋白	— + ++ +++	修業上・就業上の注意 (例：長時間の立ち作業は困難である。)		
	糖	— + ++ +++			
	潜血	— + ++ +++			
色覚	正常 異常 ()		総合所見		
聴力	右 正常 異常 ()				
	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