

## 健康診断書

|  |                  |  |        |      |              |    |    |
|--|------------------|--|--------|------|--------------|----|----|
| ふりがな   |                  |  |        | 性別   | 男 ・ 女        |    |    |
| 氏名   |                  |  |        | 生年月日 | 年 月 日        |    |    |
| 住所   |                  |  |        |      |              |    |    |
| 視力   | 右                |  | 矯正 ( ) | 身長   | cm           | 体重 | kg |
|  | 左                |  | 矯正 ( ) |      |              |    |    |
| 聴力   | 右                |  |        | 血圧   | mmHg         |    |    |
|  | 左                |  |        |      |              |    |    |
| 胸部<br>X線<br>検査   | X線 間接 (所見)       |  |        | 検尿   | 糖 ( )        |    |    |
|  | 直接<br>( 年 月 日撮影) |  |        |      | 蛋白 ( )       |    |    |
|  |                  |  |        |      | ウロビリノーゲン ( ) |    |    |
| 既往症  |                  |  |        |      |              |    |    |
| 自覚症状   |                  |  |        |      |              |    |    |
| 就業上の注意事項等<br>医師の指示   |                  |  |        |      |              |    |    |
| <p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関所在地</p> <p>医療機関名</p> <p>医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> |                  |  |        |      |              |    |    |