

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 (矯正含む)	両眼	右眼	左眼	胸囲	c m			
				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								
年 月 日								
医療機関名								
医 師 名								
⑩								