

(指定様式)

健康診断書				
氏名	性別	生年月日	年 月 日生( 歳)	
	男・女			
住所	自覚症状			
主な既往歴※				
打聴診所見※		計測及び簡単な検査		
血圧最大	mmHg	血圧最小	mmHg	
胸部X線写真		身長	cm	
所見	異常なし	異常あり	体重	kg
間接	直接	視力	裸眼視力 (矯正視力)	
No.		右	( )	
撮影年月日	令和 年 月 日	左	( )	
その他の所見※		色覚		
総合判定		聴力		
		尿検査		
		蛋白	( )	
		糖	( )	
		ウビリノーゲン	( )	
上記のとおり診断します。				
年 月 日				
医療機関				
医師名				
(印)				

※「主な既往歴」、「打聴診所見」および「その他の所見」については、特記すべき事項ない場合は「特になし」で記載願います。