

参考様式

健康診断書

氏名		生年 月日	年 月 日 (満 歳)	性別	男・女
現住所					
身長	cm	既往症 自覚症状 他覚症状			
体重	kg				
視力 (矯正)	右		聴力	右	所見なし 所見あり
	左			左	所見なし 所見あり
胸部エックス線撮影 (直接 ・ 間接) 撮影日 年 月 日					
所見					
血圧	/ mmHg		尿検査	糖	
				蛋白	
蜂毒アレルギー					
判定	ア 健康	健康管理上の留意事項 その他所見			
	イ 要観察				
	ウ 要療養				
上記のとおり診断する。					
年 月 日					
所在地					
病院又は施設の名称					
医師氏名					印