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 | ㎝ | | | | 既往症  　自覚症状  　他覚症状 | | | | |
| 体重 | ㎏ | | | |
| 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 |  | | |
| 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。  　令和　　年　　月　　日  所在地  病院又は施設の名称  医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | |