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 |