健 康 診 断 書

氏　　名		男 女	生年月日	年　月　日生(　歳)
住　　所				
既 往 症				
感覚器 呼吸器 循環器 消化器 運動器 神経系 その他	所見			
身　長	.　cm	体　重	.　kg	
視　力	左　.　矯正(　.　) 右　.　矯正(　.　)	聴　力		
胸部X線検査	間接・直接　№　月　日撮影 所見	検　尿	蛋白（ － ± ＋ ++ +++ ） 糖（ － ± ＋ ++ +++ ++++） ウロビリノーゲン （ － ± ＋ ++ +++ ） ※いずれかに丸印をつけてください。	
		血　圧 測定値	～　mmHg	
その他の検査	（必要と認める場合）			
総合所見	就　業（　可　　不可　）			
就業上の注意事項				
備　　考	（検査年月日　　年　　月　　日）			

上記のとおり診断します。

年　　月　　日

検診機関　　所 在 地

機 関 名

医　　師　　印