

# 健康診断書

住 所			
氏 名	男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日生
身 長	cm	胸 部 X 線	間接No.  直接No.
体 重	kg		
視 力	右 矯正 ( )		
	左 矯正 ( )		
	両眼 矯正 ( )		
色 覚	正常 ・ 異常 ※赤、青、黄色の色彩判別が可能であること		
眼 疾	無 ・ 有 ( )		
聴 力	右 左 正常 ・ 異常 ※日常会話(30dB)が聴取可能であること		
尿	蛋白 糖 ウロビリノーゲン	所見	
	血 圧	/ mmHg	神経系 正常 異常 ( )
循環器	/	言 語	明確 ・ 不明確
		既往症	
消化器	/	現行疾患	
		概 評 (所見)	就労に支障 有 ・ 無
皮膚疾患	無 ・ 有 ( )	その他	
運 動 能 力	正常 異常 ( )		

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

⑩