

健 康 診 断 書

ふりがな		生年月日・年齢		性別
氏名		昭和・平成 年 月 日生()歳		男・女
現住所	〒 ー	連絡	自宅 携帯	
身長	cm	体重	kg	
視力	右()矯正視力() 左()矯正視力()	聴力		
血圧	～ mmHg	胸部 X線	NO.	所見
尿検	タンパク() ウロビリノーゲン()	糖() 潜血()		
現病歴		既往歴		
所見	(就業に際しての所見)			
上記のとおり診断しました。				
令和 年 月 日				
医療機関名				印
医師名				印

注1 検査項目において異常のある場合には、詳細を記入してください。

注2 6ヶ月以内の胸部X線撮影を伴う健康診断を受診した方は、医療機関にてその診断結果をこの様式に転記して証明することも可能です。

注3 医療機関、医師のそれぞれの押印の上、封入してください。