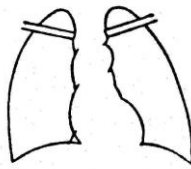


# 健康診断書

フリガナ 氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日 年令 ( 歳)
住所	(〒 - )	胸部 X線検査		直接・間接	年 月 日
既往症				 No.	
自覚症状及び 他覚症状		血 圧	最大 ~ 最小 mmHg		
皮膚 } の視診 四肢 }		貧 血	Hb		
		血 液 型	A B O 型		
身 長	cm		R H 型		
体 重	kg	尿	糖	- + 卅 卅	
視 力	右 矯正( )		蛋 白	- + 卅 卅	
	左 矯正( )		ウロビリ ノーゲン		
色 覚		その他の検査			
聴 力	右 左				
就業上の注意事項等					
総合所見					
上記のとおり診断します					
令和 年 月 日					
住 所					
医療機関名					
医師の氏名			印		