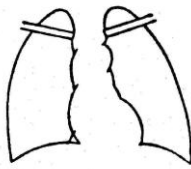


健康診断書

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	一 + 卅 卅		
視 力	右 矯正 ()		蛋 白	一 + 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						