（健康診断書様式）

健　康　診　断　書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※氏　　名 |  | 男女 | ※住　　所 |  |
| ※生年月日 | 　　　　　年 　月 　日生(　 歳) |  |
| 既往症 |  |
| 感　覚　器　　　　　　　　　　　　　所見呼　吸　器循　環　器消　化　器運　動　器神　経　系そ　の　他 |
| 身　長 | **．**　　　　ｃｍ | 体　重 | **．**　　　　ｋｇ |
| 視　力 | 左 　 **．**　 矯正(　 **．**　 ) | 聴　力 |  |
| 右 　 **．**　 矯正(　 **．**　 ) |
| 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 |  |
| 　　　　上記のとおり診断します。　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　実施機関　　　　　 所 在 地　　　　　　　　　　　　　　　　 機 関 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

**（申請される方へ注意事項）**

　　１　**申請書提出日前３ヵ月以内**に受診したものを有効とします。

２　※印欄は受診前に本人が記入してください。