（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。