（様式）

健　康　診　断　書

氏　名				男・女	生年月日	年　月　日	
住　所							
身　長	cm	肺活量	cc	色　覚	正常　異常		
体　重	kg			聴　力	右　正常　異常		
視　力	右　　矯正（　　） 左　　矯正（　　） ※眼鏡等使用者については、矯正視力のみ測定				左　正常　異常		
				眼　疾	無　有		
血　圧	最高　　mmHg 最低　　mmHg			耳　疾	無　有		
				鼻・咽頭	異常なし　異常		
血　沈	１時間　　mm ２時間　　mm			皮　膚	異常なし　異常		
				運動障害	異常なし　異常		
尿検査	蛋　白	－　±　＋　卄　卅		循環器	異常なし　異常		
	糖	－　±　＋　卄　卅		呼吸器	異常なし　異常		
	ｳﾛﾋﾞﾘﾉｰｹﾞﾝ	減少　正常　異常		その他の疾病			
	潜　血	－　±　＋　卄　卅		主な既往歴			
Ｘ線　間接　No. 所見				総合所見			
				判　定 □要精密（検査項目　　） □経過観察 □異常なし			
				就業上の注意			

上記のとおり診断する。

令和　　年　　月　　日

医療機関名

医師　　印

※記入の必要はありません。

職　種		受験番号	

（注）貴所（院）の封筒に入れて封印のうえ、受診者にお渡し下さい。