

健康診断書

氏名				男・女	生年月日	年	月	日
身長	cm	肺活量	cc	体重	kg			
聴力	右 1000Hz	所見あり	所見なし	視力	右 .	眼鏡使用者については、矯正視力のみ測定		
	4000Hz	所見あり	所見なし		矯正 (.)			
	左 1000Hz	所見あり	所見なし	眼疾	左 .	有 無		
	4000Hz	所見あり	所見なし		矯正 (.)			
血圧	最高			耳疾	有 無			
	最低			鼻・咽頭	所見あり	所見なし		
血沈	1時間			皮膚	所見あり	所見なし		
	2時間			運動障害	所見あり	所見なし		
尿検査	蛋白	-	±	+	-	-	循環器	所見あり 所見なし
	糖	-	±	+	-	-	呼吸器	所見あり 所見なし
	ウロビリノーゲン	減少	正常	異常	その他疾患			
	潜血	-	±	+	-	-	主な既往症	
X線	直接・間接 No			総合所見				
	所見							
	判定							
	要精密 (検査項目)							
経過観察			就業上の注意					
異常なし								
上記のとおり診断する。				病院 保健所				
平成 年 月 日				医師 印				

(注) 貴院の封筒に入れて封印の上、受診者にお渡しください。