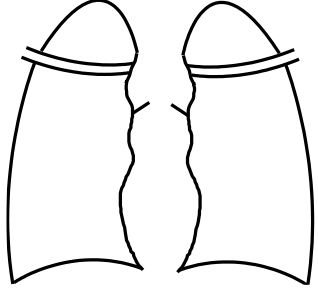


# 健康診断書

|                       |          |                            |   |                    |
|-----------------------|----------|----------------------------|---|--------------------|
| ふりがな                  |          | 検査内容                       | 検査結果  |                    |
| 氏名                    |          | 胸部<br>X線検査<br>(直接)         | 撮影 年 月 日<br>フィルムNo. _____   |                    |
| 生年月日 H 年 月 日          |          |                            |  | 異常所見 あり ・ なし<br>内容 |
| 現住所                   |          |                            |   |                    |
| 検査内容                  | 検査結果     |                            |   |                    |
| 身長                    | cm       | 心電図                        | 異常所見 あり ・ なし<br>内容  |                    |
| 体重                    | kg       |                            |   |                    |
| 胸囲                    | cm       |                            |   |                    |
| 血圧                    | / mmHg   |                            |   |                    |
| 視力<br>(矯正)            | 右 ( )    | 精神機能<br>神経系統               | 異常所見 あり ・ なし<br>内容  |                    |
|                       | 左 ( )    |                            |   |                    |
| 色覚                    | 正常 ・ 異常  | 医師による<br>総合的な<br>所見や<br>意見 |   |                    |
| 聴力                    | 右 1000Hz |                            |   | 正常 ・ 異常            |
|                       | 右 4000Hz |                            |   | 正常 ・ 異常            |
|                       | 左 1000Hz |                            |   | 正常 ・ 異常            |
|                       | 左 4000Hz | 正常 ・ 異常                    |   |                    |
| 尿検査                   | 糖        | - ± +                      |   |                    |
|                       | 蛋白       | - ± +                      |   |                    |
|                       | 潜血       | - ± +                      |   |                    |
|                       | ウロビリ     | - ± +                      |   |                    |
| HBs 抗原                |          |                            |   |                    |
| 既往歴および特記すべき事項 あり ・ なし |          |                            |   |                    |
| 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                   |          |                            |   |                    |
| ㊟                     |          |                            |   |                    |