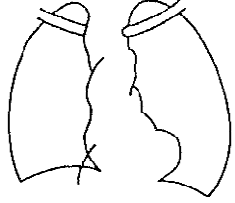


健康診断書

検診臨 1

氏 名				男 ・ 女	昭・平	年	月	日生
現住所				〒 () 電話 (-)				
既往症	病 名	発病年月日	治療年月日	現 在 の 健康状態	☐ 健 康 ☐ 治療中 発病時期 年 月 病 名 ()			
□なし	腎 疾 患							
	心 疾 患							
	精神神経系疾患							
□あり	その他			以上のとおり相違ありません。 年 月 日 氏名 印				
身 長	. cm		体 重	. kg	胸部X線直接撮影 (年 月 日) ☐ 異常なし ☐ 異常あり 所 見			
視 力	右	. (矯正 .)						
	左	. (矯正 .)						
聴 力	右	☐ 異常なし ☐ 異常あり→			フィルム番号 _____			
	左	☐ 異常なし ☐ 異常あり→			心 音	☐ 異常なし ☐ 異常あり ()		
四 肢 運 動 能 力					そ の 他	☐ 異常なし ☐ 異常あり ()		
血 圧	最 高	mmHg			異常があれば再検、精検をし記入してください			
	最 低	mmHg						
検 尿	糖 蛋 白 潜 血							
上記の通り診断しました。 年 月 日 医療機関所在地 医 療 機 関 名 医 師 名 印								

〔注〕・太枠内は、本人が記入してください。