

健康診断書

| | | | | | | |
|-------------------------------|----------------|-------------|----------|--------------------------|---------|---------|
| ふりがな 氏名 | | 男 ・ 女 | 昭和 平成 | 年 月 (日) | 生 才 | |
| 健康診断実施日 | | | 令和 年 月 日 | | | |
| 既往症 | | | 現 症 | | | |
| 撮 影 | 年 | 月 | 身長 | cm | kg | |
| <input type="checkbox"/> 直接 | No. _____ | | | 体 重 | | |
| <input type="checkbox"/> 間接 | | | | | | |
| 所 見 | [] | | 視 力 | 右 | ・ (・) | |
| | | | | 左 | ・ (・) | |
| | | | 色 覚 | 正 常 異 常 軽・中・強 (第1・第2) | | |
| | | | 検 尿 | 蛋 白 () | 糖 () | 潜 血 () |
| | | 血 圧 | / mm Hg | | | |
| 総合所見 | | | | | | |
| 上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 医 師 印 | | | | | | |