

健康診断書

氏 名		住 所		生 年 月 日	
				年 月 日生	
【身長】 cm	【体重】 kg	【視力】 両眼 右 左		【聴力】 右 左	
【既往症】		【レントゲン検査】 所見			
【検尿】 蛋 白 (- +) 糖 (- +)					
【血圧】 mmHg					
【運動機能障害】					
【就業上の注意事項】		【所見（呼吸器、循環器、消化器、その他）】			

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

医療機関住所

名称

医師氏名