参考様式

**健康診断書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | 生年  月日 | 年　　月　　日  （満　　歳） | | | | 性別 | 男・女 |
| 現住所 | 〒 | | | | | | | | | |
| 身長 | ㎝ | | | 既往症  自覚症状  他覚症状 | | | | | | |
| 体重 | ㎏ | | |
| 視力  (矯正) | 右 |  | | | 聴力 | | 右 | 所見なし・所見あり | | |
| 左 |  | | | 左 | 所見なし・所見あり | | |
| 胸部エックス線撮影（ 直 接 ・ 間 接 ）　 撮影日：　　　　　　　年　　月　　日  所見 | | | | | | | | | | |
| 血圧 | /　　　mmHg | | | 尿検査 | | 糖 |  | | | |
| 蛋白 |  | | | |
| 蜂毒アレルギー | | |  | | | | | | | |
| 判定 | ア 健康 | | 健康管理上の留意事項  その他所見 | | | | | | | |
| イ 要観察 | |
| ウ 要療養 | |
| 上記のとおり診断する。  年　　月　　日  所在地  病院又は施設の名称  医師氏名　　　　　　　　　　　　　　 印 | | | | | | | | | | |