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 |