健 康 診 断 書

<table>
<tr><td>住　所</td><td colspan="2"></td><td rowspan="4"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td>性　別</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td><td>年　令
才</td></tr>
<tr><td>身　長</td><td>ｃｍ</td><td rowspan="4">胸部Ｘ線検査</td><td rowspan="4">間接撮影年月日
平成　　年　　月　　日
間接　Ｎｏ
所見

直接撮影年月日
直接
所見　　指導区分</td></tr>
<tr><td>体　重</td><td>ｋｇ</td></tr>
<tr><td rowspan="2">視　力</td><td>右　　（　　）</td></tr>
<tr><td>左　　（　　）</td></tr>
<tr><td>聴　力</td><td>右（ 正・難 ）　左（ 正・難 ）</td><td>既往歴</td><td></td></tr>
<tr><td>尿検査</td><td>蛋白（　）　糖（　）　潜血（　）</td><td>総合所見</td><td></td></tr>
<tr><td>血　圧</td><td>／　　mmHg</td><td>備　考</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">平成　　年　　月　　日
医療機関名
医療機関住所
診断医師 氏名　　㊞</td></tr>
</table>