

健康診断票

氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日	(才)	性別	
現住所					胸(間 部 X 接 線 撮 所 影 見	撮影年 月 日					
身長		. cm									
体重		. kg									
胸囲		. cm									
栄養											
視器	視力	左	()			判定	A (要休業) B (要軽業) C (要注意) D (健康) 1 (要医療) 2 (要観察) 3 (健康)				
		右	()								
	色神										
聴器	聴力	左									
		右									
	耳疾										
四肢胸部											
脊柱の異常											
神経系											
循環器											
皮膚											
言語											
奇形不具 その他の 疾病異常											
既往症											
備考											

記入上の注意

判定は、該当事項を で囲むこと。
既往症は、なるべく詳細に記入すること。
色神の検査は嚴重に検査すること。
眼鏡等使用者については、必ず () 内に矯正視力を検査記入すること。

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

医療機関名

医師氏名