

健 康 診 断 票

氏 名			生年 月日	昭和 平成 年 月 日 (才)		性別
現 住 所				撮影 年 月 日		撮影部位 (胸 部 間 接 線) 摄影見 判定
身 長		. cm				
体 重		. kg				
胸 囲		. cm				
栄 養						
視 器	視力	左	()			
		右	()			
色 神						
	A (要休業) B (要軽業) C (要注意) D (健康)					
眼 疾		1 (要医療) 2 (要観察) 3 (健康)				
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

既往症は、なるべく詳細に記入すること。
眼鏡等の検査は、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。

判定は、該当事項をで囲むこと。

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