


企業名：

寮名：

健康診断書

フリガナ				国籍			性別	男・女
氏名				生年月日	. . .			
現住所	〒 - (電話)							
既往症	無・有 ()							
身長	. cm	体重	. kg	視力	右 ()	左 ()		
聴力	異常なし・異常あり ()							
胸部X線撮影 <input type="checkbox"/> 特筆すべき所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり				血圧測定 / mmHg				
				尿検査 (蛋白) (糖) (潜血)				
				血液検査				
				肝機能 (GOT) (GPT) (γ-GTP)				
				脂質 (TC)				
				尿酸 (UA)				
				その他				
平成 年 月 日撮影 直接・間接 Film No. _____								
医師聴打診								
総合所見								
備考								
上記の通り診断します				住所				
年 月 日				診断機関				
				医師				
				印				

(注) 健康診断は3ヵ月以内のこと