


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) | |
| | | | | その他(特記事項) | | | | |
| 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