

# 健康診査表

氏 名		男・女	年 月 日生	年 齢	満 年 月
身 長	cm	体 重	kg	※ 腹 囲	cm
脊 柱			呼 吸 器 系		
既往症			循 環 器 系		
視 力	左 ( )	右 ( )	精 神 神 經 系		
眼 疾			結 核 性 疾 患	胸部X線写真所見	
色 覚			血 圧	最 大	最 小
聴 力	左	1000Hz	そ の 他 の 疾 病		
		4000Hz			
	右	1000Hz			
		4000Hz			

診査実施年月日 年 月 日 実 施

診査実施機関名

医 師 氏 名 印 ④

※は、35歳以上の者について記入すること。