

## 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			
<p>診査実施年月日                      年      月      日 実 施</p> <p>診査実施機関名</p> <p>医 師 氏 名 印 <span style="float: right;">㊟</span></p>					

※は、35歳以上の者について記入すること。