

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 () | | | 精 神 神 経 系 | | |
| | 右 () | | | | | |
| 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 | | | | | ㊦ | |

※は、35歳以上の者について記入すること。