|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健　康　診　断　書 | | | | | | | |
| 職　　種 | 総 合 職 | 氏　　名 |  | | |  | ※ |
| 受験番号 |  | 生年月日 |  | | |
| 身　　長 |  | | | 視　　力 | 右　　　　　　（矯正　　　　　） | | |
| 体　　重 |  | | | 左　　　　　　（矯正　　　　　） | | |
| 血　　圧 |  | | | 聴　　力 |  | | |
| 尿中の糖・蛋白 |  | | | 胸部Ｘ線  検査所見 | 直接・間接 | | |
| 胸部疾患の  既往症・現症 |  | | |
| その他の  既往症・現症 | （消化器・循環器・感覚器・神経系・四肢運動・言語等）  （自覚症状、他覚症状の有無も記入してください。） | | | | | | |
| 総合所見及び  就業上の  注意事項 |  | | | | | | |
| 上記のとおり診断する。  令和　　　年　　　月　　　日  病院等機関名  （所 在 地）  （電話番号）  担当医師名　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | |

※印欄は記入しないでください。