

様式第1号—1(第7条関係)

健 康 診 断 書

| | | | |
|------------------|----------------|----------------------|-------|
| 住 所 | | | |
| 氏 名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 1. 身 長 | cm | 11. 心電図検査 | |
| 2. 体 重 | kg | 12. 言 語 | |
| 3. 胸 囲 | cm | 13. 神 経 症 | |
| 4. 視 力 | 左 () 右 () | 14. 皮 膚 | |
| 5. 弁 色 力 (色神) | | 15. 運 動 機 能 | |
| 6. 眼 疾 | | 16. そ の 他 疾 病 異 常 | |
| 7. 聴 力 (耳疾) | 左 右 | 17. 既 往 歴 | |
| 8. 呼 吸 器 | | 18. 肺 活 量 | ml |
| 9. X 線 (所見) | 直接・間接撮影 No. | 19. 医師の所見 | |
| 10. 血 圧 | ～ mmHg | | |

上記のとおり診断する。

年 月 日

医療機関住所

医療機関名

医師氏名