

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