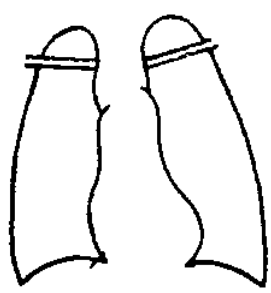


健 康 診 断 書

住 所					電話番号	_ _	
ふりがな					昭 平	年 月 日(歳)	
氏 名							男 女
現 症 及 び 既往症	なし・あり (病名等)						
身 長				cm	血 圧	最高血圧	mmHg
体 重				kg		最低血圧	mmHg
腹 囲				cm	尿 検 査	糖	陽 性 ・ 陰 性
視 力 <small>*裏面参照</small>	両 眼	裸眼				蛋 白	陽 性 ・ 陰 性
		矯正				潜 血	陽 性 ・ 陰 性
	一 眼	裸眼	右	左	令和 年 月 日撮影 直 ・ 間  No.		
		矯正	右	左			
	疾 患		なし・あり()				
聴 力	右	1000Hz	所見なし・所見あり				
		4000Hz	所見なし・所見あり				
	左	1000Hz	所見なし・所見あり				
		4000Hz	所見なし・所見あり				
その他の現症等							
備 考							
診 断 日	令和 年 月 日						
醫師		住所		氏名			印

健康診断についての注意事項

- 1 この健康診断書（少なくとも、この診断書に記載する検査が実施されていれば、医療機関において発行する健康診断書でも結構です。）で、医療機関において健康診断を受診し、指定された提出日までに提出して下さい。（郵送可）
- 2 視力は、両眼視力・一眼視力（左右）を全て測定。矯正視力の場合は、裸眼・矯正のどちらも測定し記入して下さい。
- 3 健康診断書の作成には、ある程度、日数がかかりますので、受診はできるだけ早めにして下さい。