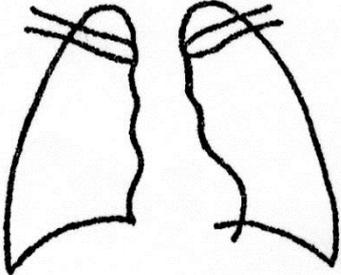


健康診査書

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 (才) 性別 男・女

既往歴			胸部X線 検査	年 月 日撮影 直接 ・ 間接  CTR= _____ = _____ %
自覚症状				
身長	Cm	体重	Kg	
腹 囲	Cm		心電図 *	年 月 日実施 所見 有 ・ 無 所見内容
視 力	右 ()	左 ()		
聴 力	右	1000Hz	所見なし ・ 所見あり	診察所見
		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	
血 圧	/ mmHg		医師の意見	
尿	糖	- ± + 2+ 3+		
	蛋白	- ± + 2+ 3+		

受診日 _____ 年 月 日

上記の通り診断する

医療機関

医師

印

* : この項目については入職後検査でも可