

# 健康診断票

氏名		生年月日		昭和 平成	年	月	日	(才)	性別
現住所				胸(間 部問 X接 線) 撮所 影見	撮影 年 月 日				
身長		. cm							
体重		. kg							
胸囲		. cm							
栄養									
視器	視力	左	( )	判定	A (要休業) B (要軽業) C (要注意) D (健康) 1 (要医療) 2 (要観察) 3 (健康)				
		右	( )						
	色神								
眼疾									
聴器	聴力	左							
		右							
	耳疾								
四肢胸部									
脊柱の異常									
神経系									
循環器									
皮膚									
言語									
奇形不具 その他の 疾病異常									
既往症									
備考									

記入上の注意

判定は、該当事項を で囲むこと。  
既往症は、なるべく詳細に記入すること。  
色神の検査は嚴重に検査すること。  
眼鏡等使用者については、必ず( )内に矯正視力を検査記入すること。

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

保健所等名

医師氏名

印