様式第３号（第３条関係）

健　康　診　断　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 | 　 | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 | 年齢 | 　　　　　歳 |
| ふりがな住所 | （郵便番号　　―　　　)電話番号（　　　―　　　　) |
| 身長 | .　　ｃｍ | 言語 |  |
| 体重 | 　　　　　.　　Ｋｇ | 伝染性疾患 |  |
| 胸囲 | 　　　　　.　　ｃｍ | 神経系の疾患 |  |
| 握力 | 左（　　　　　　　）右（　　　　　　　） | 循環器の疾患 |  |
| 視力 | 左（　　　　　　　）右（　　　　　　　） | 消化器の疾患 |  |
| 色神 |  | 全身病 |  |
| 眼疾 |  | 泌尿器の疾患 |  |
| 耳聴力耳疾 | 左（　　　　　　　）右（　　　　　　　） | 皮膚の疾患 |  |
| 既往症 |  | 関節、運動器等の疾患 |  |
| 家族歴 |  | その他の検査 |  |
| 胸部Ｘ線及びその他の所見 | 　 |

上記のとおり診断する。

　　　　年　　月　　日

医療機関名

診断医師名