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