

## 健康診断書

氏 名 : \_\_\_\_\_ 性 別 : ( 男性 ・ 女性 )

生年月日 : ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 生 ) 年 齢 : ( \_\_\_\_\_ 歳 )

身 長 : ( \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ c m ) 体 重 : ( \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ k g )

血 圧 : 最高 \_\_\_\_\_ 最低 \_\_\_\_\_ 尿 : たんぱく ( ) 糖 ( )

視 力 : 右 \_\_\_\_\_ 左 \_\_\_\_\_ (メガネ・コンタクト使用の場合は矯正視力を記入してください。)

聴 力 : 日常会話に ( 支障なし ・ 支障あり )

胸部 X 線 : (直接・間接) 所見 ( \_\_\_\_\_ )

既往歴 : \_\_\_\_\_

自覚症状 : \_\_\_\_\_

他覚症状 : \_\_\_\_\_

総合所見 : \_\_\_\_\_

医療機関名 : \_\_\_\_\_

医療機関住所 : \_\_\_\_\_

医療機関電話番号 : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

判定医師名 : \_\_\_\_\_ 印

判定日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本診断書は、概ね1年間にわたる研修を、心身の健康状態に支障なく受講いただけるかを判断する為に提出していただいております。

判定日時点の健康状態を、上記基準（下線部）に照らして意思に判断してもらい、総合所見を記入してもらってください。