

受付番号 \_\_\_\_\_

## 健康診断書

氏 名 : \_\_\_\_\_ 性 別 : 男性 ・ 女性

生年月日 : 19 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日生 年 齢 : \_\_\_\_\_ 歳

身 長 : \_\_\_\_\_ cm 体 重 : \_\_\_\_\_ kg

血 圧 : 最 高 \_\_\_\_\_ 最 低 \_\_\_\_\_ 尿 : 蛋白 ( ) 糖 ( )

視 力 : 右 \_\_\_\_\_ 左 \_\_\_\_\_ \*メガネ・コンタクト使用の場合、矯正視力を記入

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 : \_\_\_\_\_

\*本診断書は、概ね6ヶ月間にわたる研修を、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ためにご提出いただいています。

判定日時点の健康状態を、上記基準（下線部）に照らして医師に判断してもらい、総合所見を記入してもらって下さい。

医療機関名 \_\_\_\_\_

医療機関住所 \_\_\_\_\_

医療機関電話 \_\_\_\_\_

判定医師名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

判定日 \_\_\_\_\_ 2019 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日