


健康診断書

フリガナ 氏名		性別	男・女	生年月日	昭和 年 月 日 (満 歳)		
採用予定 職名		採用予定 年 月 日		平成 年 月 日			
身長	c m	既往歴及び自覚症状					
体重	k g						
尿	蛋白						
	糖						
眼	視力					裸眼 左 右	矯正 左 右
	色神						
	眼疾						
耳	聴力						
	耳疾						
その他							
判定							

上記のとおり診断する。

平成 年 月 日

住 所 _____

医療機関名 _____

診断医師氏名 _____ 印