

健康診断書

太枠内に必要事項を記入の上、医療機関にお持ちください。

試験区分		フリガナ		生年月日	平成	年	月	日
受験番号		氏名		携帯番号	— —			

身長	cm	体重	kg	胸囲（男性のみ）	cm
----	----	----	----	----------	----

診断項目		診断結果		診断項目		診断結果	
①	脊柱及び胸郭	☐ 所見なし ☐ 所見あり（ ）		②	腰部及び膝	☐ 所見なし ☐ 所見あり（ ）	
③	眼疾	☐ 所見なし ☐ 所見あり（ ）		④	耳鼻咽喉	☐ 所見なし ☐ 所見あり（ ）	
⑤	皮膚	☐ 所見なし ☐ 所見あり（ ）		⑥	聴打診	☐ 所見なし ☐ 所見あり（ ）	
⑦	視力	裸眼 又は 矯正 左 （ ） 右 （ ） ※ 裸眼視力0.6未満及び矯正視力1.0未満は、再検査の対象です。		⑧	聴力	1000Hz 4000Hz 左 db db 右 db db ※ 最小の測定値（db）を記載してください。	
⑨	色覚	☐ 正常 ☐ その他（ ） ※ 石原式色覚検査表で実施してください。		⑩	血圧	mmHg／ mmHg	
⑪	尿	蛋白	糖	ウロビリノーゲン			
		— ・ 土 ・ 十 ・ ++ ・ +++	— ・ 土 ・ 十 ・ ++ ・ +++	土 ・ 十 ・ ++ ・ +++			
⑫	既往症						

総合所見欄

☐ 異常なし

☐ 異常あり（☐ 放置可 ☐ 要再検査 ☐ 要精密検査 ☐ 要医療（病名 ）

上記の通り診断いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

診断医師名

印

備考

- 1 検査実施方法は下記の通りです。
診断項目①～⑥：診察（触診、視診、聴打診）／ 診断項目⑦～⑪：各種検査 ／ 診断項目⑫：問診
- 2 診断項目⑧聴力検査は、オーディオメーターにて聞き取れる限界値（db）まで測定してください。
- 3 診断項目⑨色覚検査は、石原式色覚検査表で実施してください。
- 4 所見あり及びその他にチェック☑した場合は、（ ）内に内容を記載してください。
- 5 本紙（健康診断書）は、封筒に入れて封印し、受験者に渡してください。