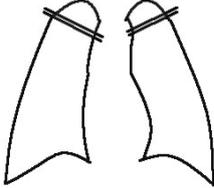


# 健康診断書

住所											
氏名					生年月日	昭和・平成 年 月 日生					
					性別	男・女			歳		
身長				体重				血液型	型 RH( )		
	cm			kg							
既往歴					貧血検査	血色素量 赤血球数					
自覚症状					肝機能検査	GOT GTP γ-GTP					
他覚症状						血中脂質検査	総コレステロール トリグリセライド				
運動機能検査					尿検査	蛋白		糖			
血圧	～ m/Hg				赤沈	1H mm					
視力	右 ( )		左 ( )		心電図						
色覚					胸部x線検査	 <div style="float: right; text-align: right;">                     直接・間接                      No. _____                      所見                 </div>					
聴力	右 1000Hz 1. 所見なし 2. 所見あり										
	4000Hz 1. 所見なし 2. 所見あり										
	左 1000Hz 1. 所見なし 2. 所見あり										
				4000Hz 1. 所見なし 2. 所見あり							
総合所見及び就業上の注意事項											
判定 <input type="checkbox"/> 要請密 (検査項目 _____) ) <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 異常なし											
上記のとおり診断します。  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>令和 年 月 日</span> <span>医療機関名</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>所在地</span> <span>医師の氏名</span> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">印</div>											