

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
		氏名			
受験番号					

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。