健　康　診　査　表

<table>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>男・女</td><td colspan="2">年　　月　　日生</td><td>年齢</td><td>満　年　月</td></tr>
<tr><td>身　長</td><td colspan="2">cm</td><td>体　重</td><td colspan="2">kg</td><td>※
腹　囲</td><td>cm</td></tr>
<tr><td>脊　柱</td><td colspan="3"></td><td>呼吸器
系</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>既往症</td><td colspan="3"></td><td>循環器
系</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>視　力</td><td colspan="3">左　　（　　）
右　　（　　）</td><td>精　神
神経
系</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>眼　疾</td><td colspan="3"></td><td>結核性
疾　患</td><td colspan="2">胸部X線写真所見</td></tr>
<tr><td>色　覚</td><td colspan="3"></td><td>血　圧</td><td colspan="2">最　大
最　小</td></tr>
<tr><td rowspan="4">聴　力</td><td rowspan="2">左</td><td>1000H</td><td></td><td rowspan="4">その他
の疾病</td><td colspan="2" rowspan="4"></td></tr>
<tr><td>4000H</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">右</td><td>1000H</td><td></td></tr>
<tr><td>4000H</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="8">診査実施年月日　　年　　月　　日 実 施

診査実施機関名

医 師 氏 名 印　　㊞</td></tr>
</table>

※は、35歳以上の者について記入すること。