

健康診断書（採用時）

| | | | | | | | | | | | | |
|--|-------|---------|-----------------------|-------|---|---------|----------------|--|----------|---|---|---|
| ↑ 本人記入欄 ↓ | フリガナ | | | | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | |
| ↑ 医療機関記入欄 ↓ | 既往歴 | 病名 | 発病時期 | 治癒(○) | | 現在の健康状態 | | <input type="checkbox"/> 健康である <input type="checkbox"/> 病気にかかっている () | | | | |
| | □なし | 腎疾患 | | | | | | | | | | |
| | | 心疾患 | | | | | | | | | | |
| | □あり | 精神神経疾患 | | | | | | | | | | |
| | その他 | | | | 以上のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 氏名(本人自筆) | | | | | | | |
| | 身長 | . cm | | 体重 | . kg | | 胸部X線 | 直接・間接 No _____ | | | | |
| | 尿検査 | 蛋白 | - | ± | + | 2+ | 3+ |  | | | | |
| | | 糖 | - | ± | + | 2+ | 3+ | | | | | |
| | 視力 | 右 | . (.) | | 所見 | | | | | | | |
| | | 左 | . (.) | | | | | | | | | |
| | 聴力 | 右 | | | | | | | | | | |
| | | 左 | | | | | | | | | | |
| | 血圧 | ~ | | mmHg | | | | | | | | |
| | 医学的所見 | | | | | | 医師の指示・就業上の注意事項 | | | | | |
| 上記のとおり診断する。 | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 住 所 診療機関名称 医 師 氏 名 | | | | | | | | | | | | |
| 医師の署名又は押印をお願いします。 | | | | | | | | | | | | |

岐阜市

※本書にて、医療機関で健康診断を受診の上、提出してください。