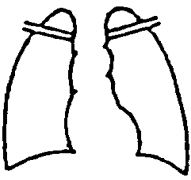


氏名			男・女	生年月日	年 月 日
住所					
身長	cm		色覚	正常	異常
体重	kg		聴力	右	正常 異常
視力	右 矯正 ()			左	正常 異常
	左 矯正 ()		眼疾	無	有
血圧	最高 mmHg		耳疾	無	有
	最低 mmHg		鼻・咽喉	異常なし	異常
血液	梅毒反応 HBs抗原 HCV抗体		皮膚	異常なし	異常
			運動障害	異常なし	異常
尿検査	蛋白	— + ++ +++	循環器	異常なし	異常
	糖	— + ++ +++	呼吸器	異常なし	異常
	ウロビリノーゲン	減少 正常 異常	その他の疾患		
	潜血	— + ++ +++	主な既往症		
X線	間接 No. _____		総合所見		
	所見		判定		
			<input type="checkbox"/> 要精密 (検査項目) <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 異常なし		
			就業上の注意		
上記のとおり診断する。			医療機関		
令和 年 月 日			医師 印		