

健康診断書

受診日 年 月 日

氏 名	(男・女)		生年 月 日	年 月 日 (歳)
住 所				
身体計測	身長 _____ cm 体重 _____ kg	尿検査	糖 白 (_____) 蛋 白 (_____)	
感覚器系	視力 右 (.) 左 (.) 聴力 異常なし・あり	血液検査	血沈 1 時間値 _____ mm 2 時間値 _____ mm G O T _____ 単位 G P T _____ 単位	
呼吸器系	理学的所見 異常なし・あり 胸部 X 線直接撮影 肺の異常所見 なし・あり フィルム No.		う 歯	未処置歯 _____ 本・処置歯 _____ 本
		その他必要 性を認 めて実施 した検査 結果		
		既往歴		
循環器系	理学的所見 異常なし・あり (心雑音 なし・あり) 血圧 (mmHg) (最高) ____ / ____ (最低) 胸部 X P 心陰影 (上図参照) 異常所見 なし・疑い・あり	総合所見		
上記のとおり診断します。 年 月 日 所 属 : 医師氏名 : (署名)				

CERTIFICATE OF HEALTH

Name of Applicant (in Roman block capitals) _____

Sex (M • F) _____ Age _____ Date of Birth _____ - _____ - _____

Present Address _____

Height _____ (cm) Weight _____ (kg)

1. SENSE SYSTEM

Eyesight Right _____ ()
Left _____ ()

Hearing Normal / Abnormal

2. RESPIRATORY SYSTEM

Medical Judgment Normal / Abnormal

Chest X-Ray Examination

Condition of Applicant's Lungs
Normal / Abnormal

Film No. _____

3. CIRCULATORY SYSTEM

Medical Judgment Normal / Abnormal

(Heart Murmur Normal / Abnormal)

Blood Pressurizes. _____ / _____ dia.

Condition of Applicant's Heart

(cf. Above Graph)

Normal / Doubtful / Abnormal

4. URINE TEST

Sugar _____ Protein _____

(please indicate with +, if you find any
disease or abnormality, or with -, if not)

5. BLOOD TEST

Precipitation of Blood

1 hour later _____ mm

2 hours later _____ mm

GOT _____ unit

GPT _____ unit

6. DECAYED TOOTH

Untreated _____ Treated _____

7. Findings of other tests, if any

8. Previous History

9. Total Judgment for Applicant's Health

Name & Title of Physician _____

Address _____

Date _____

Signature _____