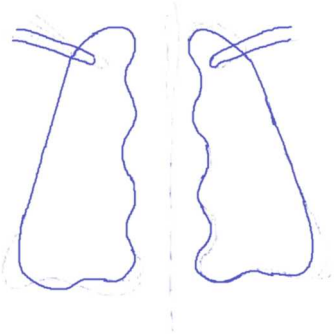
健　康　診　断　書

現住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>受診年月日</td><td>令和　　年　　月　　日</td><td rowspan="2">視力</td><td>右</td><td>（　　）</td></tr>
<tr><td>身　　長</td><td>ｃｍ</td><td>左</td><td>（　　）</td></tr>
<tr><td>体　　重</td><td>ｋｇ</td><td rowspan="2">聴力</td><td>右</td><td></td></tr>
<tr><td>色　　覚</td><td></td><td>左</td><td></td></tr>
<tr><td>血　　圧</td><td colspan="4">／　　ｍｍＨｇ</td></tr>
<tr><td>検　　尿</td><td colspan="4">糖（　　）　蛋白（　　）　潜血（　　）</td></tr>
<tr><td>聴診・打診
その他</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>撮影年月日</td><td rowspan="2"></td><td colspan="3">所　　見</td></tr>
<tr><td>令和　　年
月　　日</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">総　合　所　見

令和　　年　　月　　日
診療機関＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
診療医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印</td></tr>
</table>

※　健康診断は国土交通省の指定病院（医師）で受診すること。ただし、指定病院（医師）とは、次に掲げる医師とする。

1　船員である医師
2　公益社団法人日本海員掖済会の病院の医師
3　一般財団法人船員保険会の病院の医師
4　その他地方運輸局長が指定した医師