様式第1号（第18条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年月日 | 雇用年月日 | 年月日 |
| 健康診断年月日 | 年月日 | 年月日 | 年月日 | 年月日 | 年月日 |
| 業務名 |  |  |  |  |  |
| 既往歴 |  |  |  |  |  |
| 予防接種 |  |  |  |  |  |
| 自覚症状及び他覚症状 |  |  |  |  |  |
| 身長 | ㎝ | ㎝ | ㎝ | ㎝ | ㎝ |
| 体重 | ㎏ | ㎏ | ㎏ | ㎏ | ㎏ |
| 視力 | 右 |  |  |  |  |  |
| 左 |  |  |  |  |  |
| 聴力 | 右 |  |  |  |  |  |
| 左 |  |  |  |  |  |
| 胸部エックス線検査フィルム番号 | 直接　間接年月日№ | 直接　間接年月日№ | 直接　間接年月日№ | 直接　間接年月日№ | 直接　間接年月日№ |
|  |  |  |  |  |
| かくたん検査 |  |  |  |  |  |
| 血圧 |  |  |  |  |  |
| 尿 | 糖 |  |  |  |  |  |
| 蛋白 |  |  |  |  |  |
| その他の法定検査 |  |  |  |  |  |
| その他の検査 |  |  |  |  |  |
| 医師の指示 |  |  |  |  |  |
| 就業上の注意事項 |  |  |  |  |  |
| 備考 |  |  |  |  |  |
| 医師氏名㊞ |  |  |  |  |  |