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㊞ | | |  | | |  | |  | |  | |  |