

健康診断書

氏名		男女 女	生年月日	年 月 日生 (満 歳)
身長	c m		血 圧	/ mmHg
体 重	k g		胸部レント ゲン	直接撮影 間接撮影 (フィルム番号)
座 高	c m			
視 力	右	()		
	左	()		
色 覚	正 常 ・ パ ^o ル D-15 【 Pass ・ Fail 】 その他 ()		異常なし 所見あり	
眼の疾患 及び異常				
聴 力	正常 ・ 5 m の話声語の弁別 【 可 ・ 不可 】			異常なし 所見あり
尿検査	蛋 白		疾病及び身 体機能障害 の有無	所見あり
	糖			
	潜 血			

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

所在地

名 称

医 師

印

※船員の健康を証明する医療機関で受診してください。