

## 健康診断書

氏名		男女	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 ) ----- 異常なし  所見あり
座 高	c m			
視 力	右	( )		
	左	( )		
色 覚	正 常 ・ パル D-15 【 Pass ・ Fail 】  その他 ( )			
眼の疾患 及び異常				
聴 力	正常 ・ 5 m の話声語の弁別 【 可 ・ 不可 】			疾病及び身 体機能障害 の有無
尿検査	蛋 白			
	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。