

## 給食調理員健康診断書

住 所

氏 名

性別（ 男 ・ 女 ）

昭和・平成 年 月 日生

身 長		cm	栄養状態	
体 重		kg	機能障害	
視力	裸眼	左 . 右 .	血 圧	
	矯正	左 . 右 .	言語障害	
聴 力			検 尿	
X 線（間接）				
既往症				
医師所見				

上記のとおり証明します。

令和 年（ 年） 月 日

医療機関名

医 師 名

※ 医師所見の欄には、給食調理員として勤務可能な程度、治療の見通し等について記入してください。