

健康診断書

住所			
フリガナ			性別
氏名			
生年月日			歳
身長	cm	胸部 X 線 検 査	X線 間 接 所 見 No.
体重	kg		
視力	右		
	左		
聴力	右(正・難) 右(正・難)	既往歴	
尿検査	蛋白	総合所見	
	糖		
	潜血		
血圧	/ mmHg	備考	
上記のとおり診断する。		病院 保健所	
平成	年	月	日
		医師	印