

健康診断書

※	氏名		男・女	年 月 日生 (満 歳)
検査 1				
身長	cm	視力	聴力	
体重	kg	裸眼	{ 右 左	
		矯正	{ 右 左	
検査 2				
エックス線撮影			年 月 日撮影	
			異常所見	
			有	
			無	
検査 3				
① 血圧	最高	最低	② 尿検査	蛋白 } 定性 糖 } ウロビリノーゲン
既往症				
診断医師の総合的意見				

上記のとおり診断いたします。

年 月 日

診断医師の
住所及び氏名
(電話)

印

