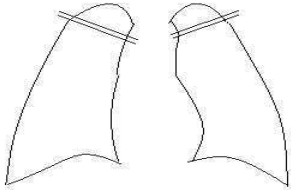


健康診断書

受診者が記入し持参のこと	住 所						
	氏 名				性 別	男 ・ 女	
	生年月日		年 月 日		年 齢	才	
	既 往 症		(アレルギー： 有 () ・ 無 ())				
	身体所見						
	身 長		. cm		体 重	. kg	
	視 力	左	. 矯正 (.)		聴 力	左	
		右	. 矯正 (.)			右	
	胸 部 X 線 検 査	間接 ・ 直接 No 月 日撮影 所見 		検 尿	蛋白		
					糖		
ウロビリノーゲン							
血 圧				~ mmHg			
総合所見							
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 医療機関名 所在地 医師の氏名 印							