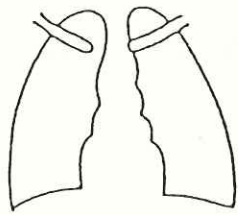


健康診断書

ふりがな
氏名

年 月 日生

身長	cm	胸部 レントゲン 撮影	年 月 日
体重	kg		フィルムNo.
視力	裸眼右 () 左 () 矯正右 () 左 ()		直接  間接
聴力	正常・異常 ()		所見
血圧	最大 mmHg 最小 mmHg		有 () ・無
尿	糖 () 蛋白 ()		

聴診・打診
その他の
検査所見

主 な
既往症

総合所見

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関 (所在地)

(名称)

医師氏名

