

# 健康診断書

住 所			
氏 名			
生年月日	年 月 日生 ( 歳)		
身 長	cm	視 力	右(矯正) ( )
体 重	Kg		左(矯正) ( )
血 圧 / mmHg		聴 力	右 正常・異常( )
			左 正常・異常( )
聴 打 診	異常なし		
尿 検 査	糖 ( )	胸部X線 直接撮影	
	蛋白 ( )		
	潜血 ( )	撮影 所見	年 月 日
備 考			

上記のとおり診断いたします。

年 月 日

医療機関名