


健康診断書

氏名		住所	〒	
	年 月 生			
身長	. cm	視力	右 . 矯正 (.)	左 . 矯正 (.)
体重	. kg	聴力	右	左
尿 検	蛋白・糖・潜血 () () ()	内科所見		
血 圧	/ mmHg			
胸部レントゲン検査	年 月 日 撮影 No 所見	心電図		
		検診日	年 月 日	
主なる現在症				
その他特記事項				
上記のとおり相違ないことを証明します。				
平成 年 月 日				
医療機関名				
医師 Ⓜ				