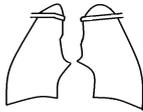


# 健康診断書

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 <span style="float: right;">Ⓜ</span>				