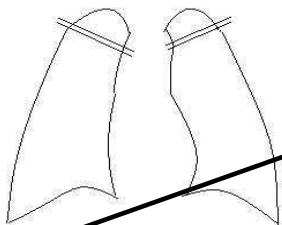


健康診断書

住 所						
氏 名				性 別	男 ・ 女	
生年月日		年 月 日		年 齢	才	
既 往 症						
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	関節 ・ 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						