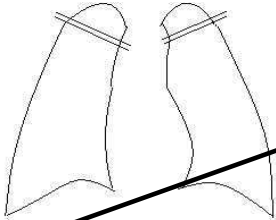


健康診断書

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							