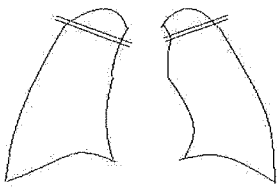


健康診断書

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	間接・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。						
年 月 日						
医療機関名						
所在地						
医師の氏名			印			