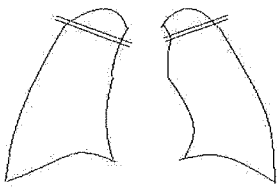


# 健康診断書

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			検 尿	蛋白
	 所 見				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。					
平成 年 月 日					
医療機関名					
所在地					
医師の氏名				印	