

健康診断書

氏名

西暦

(昭和・平成)年

月 日 生

身長	cm	眼	視力	裸眼	右	矯正	右
体重	kg				左		左
胸部 X 線 所見	直接	撮影 年 月 日	耳	聴力	右	左	
	間接		検尿	蛋白			
				糖			
				ウロビリノーゲン			
所見	潜血						
その他 特記事項		血圧	最高	最低			
		既往症					
上記のとおり診断します。 年 月 日 住所 医師 氏名 印							