


# 健康診断書

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

住所 \_\_\_\_\_

身長 cm	体重 kg	眼疾	色覚	
視力 右 ( )	左 ( )	聴力		
血圧 / mmHg	検尿 蛋白( ) 糖( ) ウロビリ( )			
既往歴		精神疾患等		
その他の特記事項				
胸部X線所見 		診察理学所見		
		手の皮膚疾患 なし、あり( )		
総合診断				

上記のとおり診断いたします。

年 月 日

住所

病院名

医師

印