


健康診断書

住所								
氏名	男 女	生年月日	昭和 平成	年	月	日(歳)		
身長	・	cm	X 線 (胸部)	撮影月日		年	月	日
体重	・	kg		直接撮影				
腹囲	・	cm		所見				
視力	左	・ (・)						
	右	・ (・)						
聴力	左		皮膚					
	右							
言語			検 査	血 圧	最 高	最 低	mmhg	
運動機能								
				検 尿	蛋白()	糖()		ウロビリノーゲン()
胸腹部 (打聴診)			その他の 疾病異常					
			既往症					
			摘 要					

上記のとおり診断します
年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師氏名

⑩