

# 健康診断書

氏名		住所			
	年 月 生				
身長	. cm	視力	右 . 矯正 ( . )		
			左 . 矯正 ( . )		
体重	. kg	聴力	右		
			左		
尿検	蛋白・糖・潜血 ( ) ( ) ( )	内科所見			
血圧	/ mmHg				
胸部レントゲン検査	年 月 日 No 所見	心電図			
		検診	年 月 日		
主なる現在症					
その他特記事項					
上記のとおり相違ないことを証明します。					
年 月 日					
医療機関名					
医師 <span style="float: right;">印</span>					