


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	心電図			
	No  所見	検診			
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 印					