


# 健康診断書

ふりがな  
氏名

昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)

身長	cm	胸部レントゲン撮影	年 月 日撮影
体重	kg		フィルムNo. _____
視力	裸眼 右 ( ) 左 ( ) 矯正 右 ( ) 左 ( )		直接  間接
聴力	正常・異常 ( )		所見
血圧	最大 mmHg 最低 mmHg		有 ( ) ・ 無
尿	糖 ( ) 蛋白 ( )		
聴診・打診 その他の 検査所見			
主な既往症			
総合所見			

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

医療機関 (所在地)

(名称)

医師氏名

印