

健 康 診 断 書

|  |  |
| --- | --- |
| 住 所 |  |
| 氏 名 |  | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | 年 齢 | 才 |
| 既往症 |  |
| 身体所見 |  |
| 身 長 | ．　　　　cm | 体 重 | ．　　　　kg |
| 視 | 左 | ．　　　　　　矯正（　　　　．　　　） | 聴 | 左 |  |
| 力 | 右 | ．　　　　　　矯正（　　　　．　　　） | 力 | 右 |  |
| 胸 部 Ｘ 線 検 査 | 間接・直接№　　　　　　　　　　　　　　　月　　　日撮影所見 | 検　　尿 | 蛋白 |  |
| 糖 |  |
| ｳﾛﾋﾞﾘﾉｰｹﾞﾝ |  |
| 血　　圧 | ～mmHg |
| 総合所見 |  |
| 上記のとおり診断します平成　　　年　　　月　　　日医療機関名所在地医師の氏名印 |