

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 | | | | | | | | | |