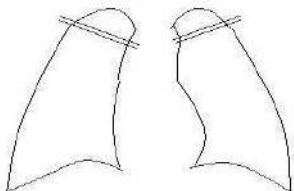


健康診断書

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	
視力	左	. 矯正(.)		聴力	左	
	右	. 矯正(.)			右	
胸部 X 線 検査	間接・直接No. 月 日撮影			検尿	蛋白	
	 所見				糖	
					ウロビリノーゲン	
				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	