


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