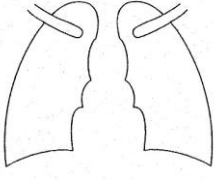


健 康 診 断 書

ふりがな
※氏名

男女

※ 年 月 日生

身長	cm	胸 レントゲン 撮 部 影	年 月 日
体重	kg		フィルムNo.
視力	裸眼右()左() 矯正右()左()		直接  間接
血圧	最大 mmHg 最小 mmHg		所見 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。

年 月 日

医療機関 (所在地)
(名称)
医師氏名

(印)

注1 ※欄は各自記入すること。