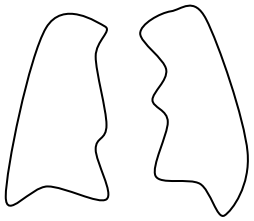
健 康 診 断 書

氏　名		生年月日	年　月　日　才
既往歴			
計　測	身長　cm　血圧　／　mmHg　視力 右　（　） 左　（　） 体重　kg　聴力　正常 ・ 異常		
診察所見（ 循環器系･呼吸器系･消化器系･運動神経系 ） 眼科疾患　有 ・ 無　　耳鼻科疾患　有 ・ 無			
検　査	尿：糖（　）　蛋白（　） ツ 反：＿＿＿＿＿	胸部X線 所　見	直接　間接  平成　年　月　日 撮影 所見
総 合 判 定			

診断の結果上記の通り相違ないことを証明する

平成　　年　　月　　日

住 所（所在地）

医 療 機 関 名

医 師 氏 名　　印