

# 健康診断書

住 所						
氏 名				性 別	男 ・ 女	
生年月日	年 月 日			年 齡	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 月 日撮影 所見			検 尿	蛋白	
					糖	
	ウロビリノーゲン					
	血 圧	~ mmHg				
総合所見						
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>医療機関名 所在地 医師の氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>						