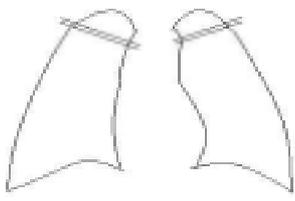


健康診断書

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 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					