

# 健康診断書

名前

西暦 年 月 日生

身長		視力	右 ( )
			左 ( )
体重		血圧	
検尿	蛋白	胸部X線写真	間接 直接
	糖		撮影月日 年 月 日
	ウロビリ		所見
	潜血		
	その他		
感覚器 呼吸器 循環器の疾患 運動器 神経系		HBs抗原	
既往症		特記事項	

診断の結果、上記の通り相違ないことを証明する。

年 月 日

住所（所在地）

医療機関名

医師名

印