

健康診断書

氏名		男・女	昭和 平成	年	月	日生	(満 歳)
身長			cm	胸部X線 間接撮影	所見		
体重			kg				
座高			cm				
視力	右	()					
	左	()					
聴力	右			尿検査	糖	-	+
	左				蛋白	-	+
心電図検査					潜血	-	+
備考			既往症				
判定							
平成 年 月 日							
医療機関名							
医師名							
印							