

健 康 診 断 書

検査年月日 年 月 日

氏 名				生年月日	年 月 日生		
身 長				cm	胸部 X 線検査 所 見 <u>フィルムNo.</u>		
体 重				kg			
血 圧				/			
聴力	右			その他の疾病及び異常			
	左						
視力	右(矯正)	()				備 考	
	左(矯正)	()					
検尿	蛋 白		ウロビリ ノーゲン				
	糖		潜 血				

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

住 所

医療機関名

医師の氏名

印