

# 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	フィルムNo. _____
体 重	kg				
血 圧	/				
聴力	右				
	左			その他の疾病及び異常	
視力	右(矯正)	(      )			
	左(矯正)	(      )			
検尿	蛋 白		ウロビリ ノーゲン	備 考	
	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