

# 健康診断書

ふりがな 氏名	男 女	現住所		
生年月日	T S H 年 月 日生			
身長	・ cm	胸部 X線 検査		
体重	・ kg			
胸囲	cm			
視力	右・(・) 左・(・)			
色神	正常・色弱・色盲			
聴力	右 左		所見	
血圧	— mmHg	身体 障害	区 分	異常の有無
			運 動	有 無
検尿	蛋白( ) 糖( ) 潜血( ) ウエピリノーゲン( )		視 覚	有 無
			聴 覚	有 無
主な 既往歴			言 語	有 無
			そ の 他	有 無
主な 現在症		異常の具 体的内容		
その他 特記事項				
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。				
令和 年 月 日				
医療機関名 医師氏名			印	