

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。

平成 年 月 日

医療機関名
医師氏名

印