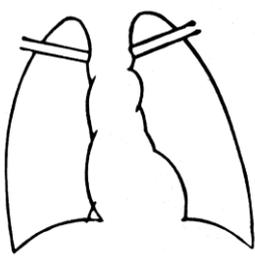


# 健康診断書

住	所					TEL
氏	名	男・女	生年月日	年	月	日生 ( 歳)
身	長	cm	胸部X線検査・直接	フィルム番	号	号
体	重	kg				
B	M	I				
血	圧	/				
腹	囲	cm				
尿	蛋	白	耳	所見		
	糖			聴力	右	正・難
	ウロビリノーゲン			左	正・難	
内 科 的 異 常			耳疾	無 ・ 有		
運 動 機 能			眼	視力 <small>(必ず裸眼の測定をすること。)</small>	右	矯正( . )
神 経 系				左	矯正( . )	
言 語				色覚異常	無 ・ 有( )	
現 行 疾 患				眼疾	無 ・ 有	
既 往 症						
概 評			備 考			

令和 年 月 日

病院名

診断医師

印