

# 健康診断書 (指定)

氏名	性別	生年月日	平成 年 月 日生( 歳)
	男・女		
住所	自覚症状		
主な既往歴			
打聴診所見	計測及び簡単な検査		
血圧最大 mmHg ・ 血圧最小 mmHg	身長	cm	
胸部X線写真	体重	kg	
所見 異常なし 異常あり	視力	裸眼視力	(矯正視力)
間接 直接	右	( )	
	左	( )	
No.	色覚		
撮影年月日 令和 年 月 日	聴力		
その他の所見	尿検査		
	蛋白	( )	
	糖	( )	
総合判定	ウロビリノーゲン	( )	

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

医療機関

医師名

印