健　康　診　断　書（指定）

氏　名	性　別 男　・　女	生年月日	平成　　年　　月　　日生（　　歳）
住　所			自覚症状
主な既往歴※			
打聴診所見※ 血圧最大　　mmHg　・　血圧最小　　mmHg			計測及び簡単な検査 身　長　　cm
胸部X線写真 所　見　　異常なし　　異常あり 間　接　　直　接 No. 撮影年月日　　令和　　年　　月　　日			体　重　　kg 視　力　　裸眼視力　（矯正視力） 右　　（　　） 左　　（　　） 色　覚 聴　力
その他の所見※			尿検査 蛋　白　　（　　）
総　合　判　定			糖　　（　　） ｳﾛﾋﾞﾘﾉｰｹﾞﾝ　　（　　）

上記のとおり診断します。

令和　　年　　月　　日

医療機関

医　師　名　　㊞

※「主な既往歴」、「打聴診所見」および「その他の所見」については、特記すべき事項ない場合は「特になし」で記載願います。