

健 康 診 断 書

住 所
氏 名
生年月日

年 月 日生 (歳)

身	長	c m				体	重	K g			
視 力	裸 眼	右		矯 正	右		聴 力	右			
		左			左			左			
血 压	最 大		mmHg	最 小		mmHg	検 尿	蛋 白		糖	
胸部 (X線) 所見						既 往 歴					
心電図検査所見						そ の 他					
特 記 事 項											
<p>上記のとおり検査しました。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">医 師 名</p> <p style="text-align: right;">Ⓜ</p>											