

# 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	圧	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														
上記のとおり検査しました。 令和 年 月 日														
医療機関の 名 称 所 在 地 医 師 名														
												⑩		