

## 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

※学校または、会社等で6か月以内に、健康診断を受診しており、上記の内容を含む場合は、健康診断結果のコピー等でも受付可能とする。