別紙２

健　康　診　断　書

住　所
氏　名
生年月日　　年　月　日生（　歳）

身　長		ｃｍ		体　重		Ｋｇ			
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　　㊞