

健康診断書

住	所	TEL			
氏	名	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)	
身	長	cm	胸部X線検査・直接	フィルム番	号
体	重	kg			
B	M	I			
腹	囲	cm			
血	圧	/		所見	
尿	蛋	白	耳	聴力	右 正・難
		糖		聴力	左 正・難
		ウロビリノーゲン	眼	耳疾	無・有
				視力	右 矯正()
概 評				左 矯正()	
			目疾	無・有()	
			現行疾患	無・有	
			既往症	無・有	
			備考		

平成 年 月 日

診断医師

印