


健康診断書

住 所						
氏 名	男・女	生年月日	TEL 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		左	正・難		
	ウロビリノーゲン		耳 疾	無・有		
		眼	視 力	右	矯正()	
	左			矯正()		
概 評			目 疾	無・有()		
			現 行 疾 患	無・有		
			既 往 症	無・有		
		備 考				

年 月 日

診断医師

印