

健康診断書

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏 名			
生年月日	西暦 年 月 日生 （ 才）		

診 断 事 項						
身長	. cm.			体重	. kg	
視力	右	裸眼 矯正		左	裸眼 矯正	
聴力	右	1KHz	db	左	1KHz	db
		4KHz	db		4KHz	db
		その他	db		その他	db
尿	糖			蛋白		
	ウロビリ ノーゲン					
胸部X線 撮影	撮影： 年 月 日 直接 ・ 間接 所見					
既往症						
その他診断事項						
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 所在地 検査機関名 担当医師氏名 印						

※上記の指定項目が確認できれば、受診機関独自のものでもかまいません。