

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		左	裸眼	
		矯正			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。